



Devenez acteur de votre protection familiale

Régime frais de santé et prévoyance – Salariés de droit privé
Édition 2024



Retrouvez toutes les informations
sur [prevoyons.com](https://www.prevoyons.com)

Régime de prévoyance des salariés du Groupe Orange

Orange a mis en place un régime complet de protection sociale au profit de l'ensemble des salariés des sociétés ayant adhéré à l'accord cadre du 27 août 2001.

Ce régime est composé :

- d'une couverture complémentaire de remboursements de Frais de Santé,
- d'une couverture Prévoyance qui regroupe les garanties Décès, Incapacité et Invalidité.

Le groupe Orange a confié la gestion de ces régimes à La Mutuelle Générale et Malakoff Humanis.

La Mutuelle Générale

La sécurité d'une grande mutuelle

Acteur majeur de l'Economie Sociale, La Mutuelle Générale protège plus d'un 1,3 million de personnes.

Partenaire des groupes Orange et La Poste depuis plus de 65 ans, elle intervient sur le marché des particuliers et des entreprises et s'est forgée une solide expérience dans le domaine de la santé, de la prévoyance et de l'action sociale.

lamutuellegenerale.fr



Malakoff Humanis

L'expertise d'un professionnel

Groupe paritaire et mutualiste à but non lucratif, Malakoff Humanis figure parmi les tout premiers groupes de protection sociale en retraite complémentaire, prévoyance, santé, épargne et Accompagnement social.

Malakoff Humanis puise ses valeurs dans l'économie sociale et entend toujours mieux protéger l'ensemble de ses clients.

malakoffhumanis.com



Le présent livret a valeur de notice d'information au sens de l'article L932-6 du Code de la Sécurité sociale.

L'ensemble du régime de prévoyance décrit dans ce livret fait l'objet d'un contrat de prévoyance/frais de santé au bénéfice des sociétés du Groupe Orange en France qui y adhèrent souscrit par Orange SA auprès des organismes assureurs ci-après :

La Mutuelle Générale – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au RNM sous le n° 775 685 340

Malakoff Humanis Prévoyance – Institution régie par le Code de la Sécurité sociale

La répartition des risques entre les organismes assureurs s'effectue dans les proportions suivantes :

La Mutuelle Générale : 50 %

Malakoff Humanis Prévoyance : 50 %

Malakoff Humanis Prévoyance a été désignée comme société apéritrice.

Sommaire



VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

6

CONDITIONS D'ADMISSION

8

PERSONNES GARANTIES

10

ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE DE VOS GARANTIES

12

VOS GARANTIES

16

- Frais d'hospitalisation
- Soins courants
- Pharmacie
- Frais d'optique
- Frais dentaires
- Aides auditives

16

19

21

22

26

30

VOS DÉMARCHES

32

VOS SERVICES

37

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

41

VOTRE RÉGIME PRÉVOYANCE

46

LES ÉQUIVALENCES

48

VOS GARANTIES

50

- Risques décès
- Incapacité - Invalidité
- Autres conditions

55

58

60

COMMENT OBTENIR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?

62

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

64

ANNEXE

71

Votre régime frais de santé



La complémentaire frais de santé, propose des garanties de remboursement de frais occasionnés par une maladie, un accident du travail, un accident de la vie privée ou une maladie professionnelle et des services identiques pour tous.

Tous les salariés ainsi que leurs ayants droit à charge sont affiliés dès leur arrivée dans l'entreprise.

La complémentaire frais de santé intervient en complément du dispositif de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Elle prend également en charge certaines dépenses particulières non remboursées par la Sécurité sociale.

Les garanties proposées sont conformes aux garanties du « **contrat responsable** » défini par la loi. Elles respectent donc les minimas et les plafonds de remboursement autorisés. Vos garanties intègrent également les offres « **100 % Santé** » qui vous permettent en optique, dentaire et audiologie d'être remboursé intégralement.

Votre complémentaire frais de santé vous fait également bénéficier de nombreux **services**, pour vous et vos ayants droit :

- Téléconsultation médicale pour obtenir un avis médical 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7,
- Assistance santé (IMA) pour vous accompagner avant, pendant et après une situation difficile,
- Analyse de devis pour connaître exactement vos remboursements,
- Accès aux professionnels du réseau « carte Blanche » qui ont pris des engagements de prix et de qualité,
- Bénéfice du tiers payant pour éviter les avances de frais.

Par l'intermédiaire de La Mutuelle Générale, vous avez également accès aux centres de santé mutualistes regroupant, sur tout le territoire, plus de 2 600 professionnels de santé (généralistes, opticiens, dentistes ... (liste sur www.mutualite.fr/services/trouver-un-service-de-sante/) et également à 174 centres de loisirs-vacances (liste sur votre espace adhérent <https://adherent.lamutuellegenerale.fr>)

Vous trouverez dans cette partie le détail de vos garanties et des services mis à votre disposition.

Retrouver également l'ensemble des informations sur le site de la prévoyance d'ORANGE : <http://www.prevoyons.com>.



Conditions d'admission

Salarié en activité

Tout salarié en activité bénéficie obligatoirement de la couverture frais de santé, sous réserve des dispenses prévues dans l'accord d'entreprise ou dans le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015.

Expatrié

En cas d'expatriation, vous bénéficiez du même niveau de garanties que celles en vigueur pour le personnel travaillant en France, à condition que vous soyez affilié à la Caisse des Français de l'Etranger (CFE). Avant votre départ, l'employeur vous remet pour information complémentaire "l'additif au livret d'information du salarié expatrié".

Suspension du contrat de travail et maintien de garanties

Vous pouvez conserver la couverture frais de santé en acquittant une cotisation spécifique en cas de suspension du contrat de travail (congé sans solde, congé parental, congé formation, congé sabbatique) ou pour une création d'entreprise. Vous pouvez vous procurer le formulaire d'adhésion et les tarifs sur www.prevoyons.com ou auprès de :

Malakoff Humanis

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq - 45953 Orléans cedex 9.

Téléphone :  **0 969 39 72 72** du lundi au vendredi de 8h 30 à 19h

e-mail : prevoyance@malakoffhumanis.com

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise (par exemple indemnisation au titre de l'activité partielle), en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire prévoyance que l'entreprise finance au moins pour partie, et plus généralement s'ils bénéficient d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur (par exemple en cas de suspension du contrat de travail pour non-respect de l'obligation vaccinale prévue pour certains salariés par l'article 12 de la loi n°2021-1040 du 5 août 2021). Pour les salariés placés en activité partielle ou activité partielle de longue durée (APLD) en application du Code du travail, la base de calcul des cotisations inclut le montant de l'indemnité versée au titre de ces dispositifs. Pour les salariés indemnisés en cas de suspension de leur contrat de travail qui bénéficient d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail. Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'éventuelle exonération de cotisations prévue au contrat. Pour les salariés non indemnisés en cas de suspension de leur contrat de travail, dont le maintien de garanties est prévu expressément par les textes législatifs ou réglementaires, l'assiette de cotisations est égale à la rémunération moyenne perçue au cours des 12 mois précédant la période de suspension du contrat de travail. Dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire, il incombe à l'entreprise de nous verser l'intégralité de la cotisation (part salariale et part patronale).

Maintien des garanties frais de santé en cas de départ de l'entreprise au titre de la portabilité des droits

Pour éviter toute rupture dans votre protection sociale entre le moment où votre contrat de travail se termine et celui où vous reprenez un emploi, vous avez la possibilité de maintenir les garanties frais de santé du régime dont vous bénéficiez en tant que salarié, en application de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (portabilité).

Cotisations

Les anciens salariés (et le cas échéant leurs ayants droit) bénéficient du maintien des garanties frais de santé sans paiement de cotisation, sous réserve de remplir les conditions de maintien des garanties.

Prestations

Les prestations frais de santé restent celles du régime Groupe Orange.

En cas de modification du régime frais de santé pendant la période de maintien des garanties, les garanties sont modifiées dans les mêmes conditions.

Conditions de maintien des garanties frais de santé

- vous devez avoir bénéficié des garanties frais de santé au moment de la rupture de votre contrat de travail,
- vous devez bénéficier du droit à indemnisation par l'assurance chômage,
- vous devez adresser à Malakoff Humanis les justificatifs nécessaires au maintien des droits conformément au tableau ci-après.

Justificatifs à adresser à Malakoff Humanis	Délai / périodicité
Le formulaire « Bulletin Individuel d'Affiliation - Maintien des garanties frais de santé » que Malakoff Humanis vous adresse à réception de l'information relative à la fin/cessation de votre contrat de travail	dès réception du formulaire et au plus tard dans les 15 jours suivant la fin de votre contrat de travail
La « Notification d'ouverture des droits » que vous adressera Pôle emploi	dès réception de la notification et au plus tard dans les 3 mois suivant la fin de votre contrat de travail
L'« Attestation des périodes indemnisées » que vous adressera Pôle emploi (également téléchargeable sur le site de Pôle emploi)	chaque mois

Effet et durée du maintien des garanties frais de santé

Le maintien des garanties frais de santé prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail pour une durée égale à celle de votre contrat de travail (ou des contrats consécutifs) et pendant maximum 12 mois.

Le maintien se poursuit, dans les limites indiquées ci-dessus, tant que vous bénéficiez de l'indemnisation par l'assurance chômage et justifiez auprès de Malakoff Humanis de cette indemnisation.

Il vous appartient de fournir les justificatifs listés dans le tableau ci-dessus à Malakoff Humanis.

Le maintien des garanties frais de santé cesse :

- à la date de reprise d'une activité salariée, ou d'arrêt d'indemnisation par l'assurance chômage,
- en cas de non production à Malakoff Humanis des justificatifs nécessaires au maintien des garanties frais de santé,
- au terme de la durée de maintien à laquelle vous êtes éligible.

Conséquences pour votre conjoint

- si votre conjoint était bénéficiaire des garanties en tant qu'ayant droit de votre adhésion : cette disposition continue à s'appliquer tant que dure votre propre maintien de garanties.
- si votre conjoint était bénéficiaire des garanties en tant que cotisant : son adhésion poursuit ses effets, à titre individuel, tant que dure votre propre maintien de garanties et que ses cotisations sont réglées.

Au terme de la période de maintien au titre de la portabilité, vous pouvez choisir de conserver les garanties frais de santé en souscrivant à titre individuel au régime sortie de groupe, moyennant le paiement de la cotisation mensuelle forfaitaire. Dans ce cas, votre conjoint peut également bénéficier des garanties frais de santé moyennant une cotisation supplémentaire.

Le formulaire d'adhésion et les tarifs sont disponibles auprès de :

Malakoff Humanis - CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq - 45953 Orléans cedex 9
ou sur www.prevoyons.com

Maintien des garanties frais de santé au titre du régime Sortie de groupe

Dans le cas où vous ne remplissez pas les conditions énumérées dans la partie "Maintien des garanties frais de santé en cas de départ de l'entreprise", au titre de la portabilité vous pouvez choisir de conserver les garanties frais de santé en souscrivant à titre individuel au régime Sortie de groupe Orange moyennant le paiement de la cotisation mensuelle forfaitaire.

Dans ce cas, votre conjoint et vos enfants peuvent également bénéficier des garanties frais de santé moyennant une cotisation supplémentaire.

Le formulaire d'adhésion et les tarifs sont disponibles auprès de :

Malakoff Humanis
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9
ou sur www.prevoyons.com



Personnes garanties

- **le salarié ;**

- **le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS**, n'exerçant pas d'activité rémunérée et ne percevant ni indemnités journalières, ni pension de retraite, ni rente d'invalidité.

Tout changement de situation (par exemple une reprise d'activité) doit être notifié sans délai à Malakoff Humanis. Le bénéfice de la couverture à titre gratuit prend fin le premier jour du mois qui suit le changement de situation.

- **les enfants à charge.** Ont la qualité d'enfants à charge, les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis par le salarié et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, de son concubin, ou de son partenaire lié par un PACS, à condition que le salarié ou son conjoint en ait la garde, ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le versement d'une pension alimentaire :

- s'ils sont âgés de moins de 20 ans sans condition,
- ou s'ils sont âgés de 20 ans à moins de 26 ans et :
 - poursuivent leurs études ou sont à la recherche d'un premier emploi,
 - sont sous contrat de formation en alternance et perçoivent une rémunération inférieure au SMIC,
- ou, sans limite d'âge, s'ils sont en état d'incapacité de travail.

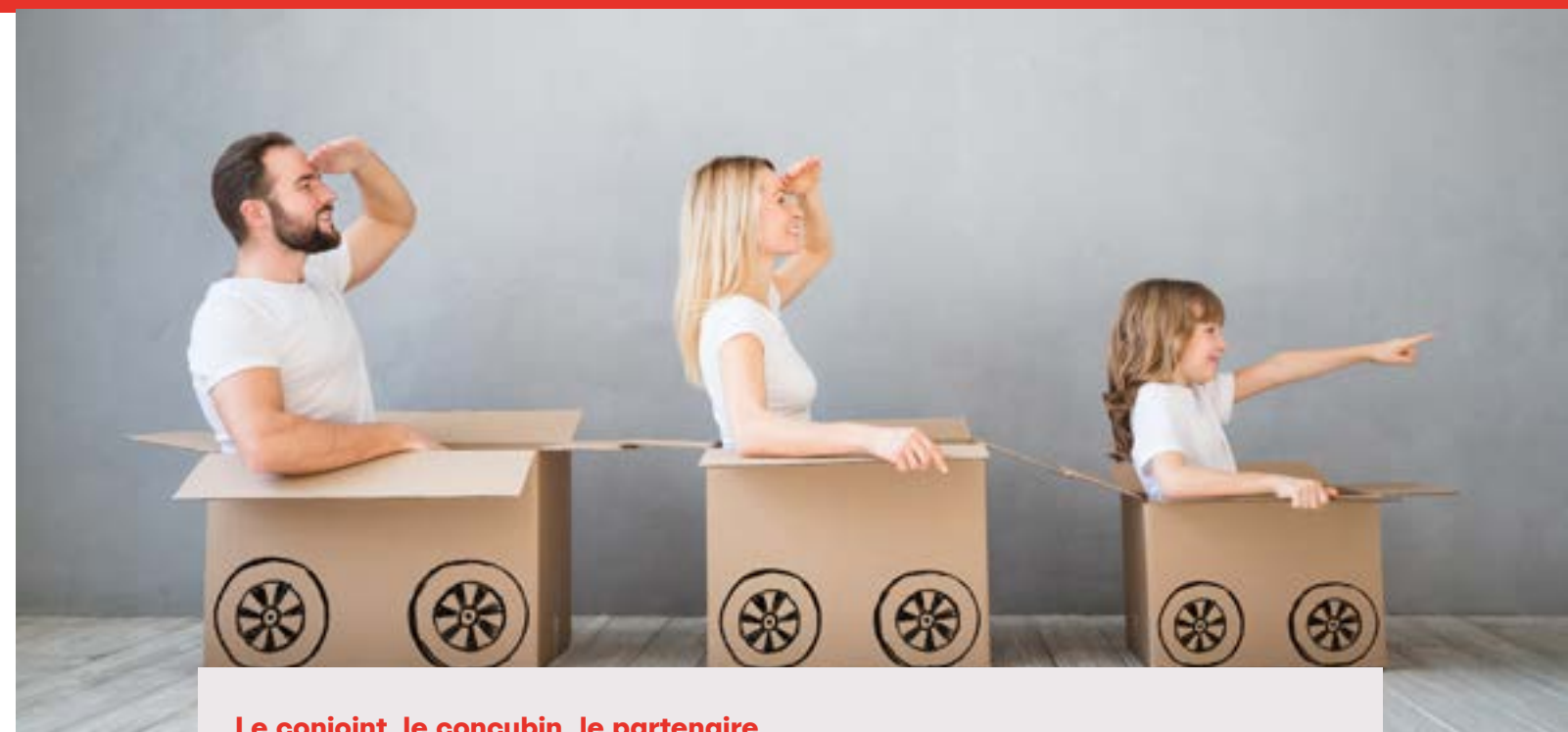
L'état d'incapacité de travail est celui qui entraîne une impossibilité physique temporaire ou permanente et consécutive à une maladie ou un accident, de se procurer des revenus par l'exercice d'une profession quelconque.

- ou, sans limite d'âge, s'ils sont handicapés et perçoivent à ce titre l'allocation aux adultes handicapés (loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [article 95]).

Dans les cas de limite d'âge, de poursuite d'études, de formation ou d'état d'incapacité de travail, les enfants sont considérés comme à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 20^e ou leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent leurs études, leur formation ou sont en recherche de premier emploi à cette date, ou bien suivant celui de la fin des études, de la formation ou de l'état d'incapacité de travail.

- **l'ascendant à charge du salarié** et vivant sous son toit.

Chaque fin d'année, si vous avez des personnes à charge (conjoint, ascendants ou enfants de plus de 20 ans), vous devrez envoyer les justificatifs permettant le renouvellement annuel des droits.



Le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS, s'il exerce une activité rémunérée*

Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS peut adhérer à titre individuel moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle forfaitaire :

- s'il perçoit un revenu au titre d'une activité professionnelle,
- ou s'il perçoit des indemnités journalières, une pension de retraite ou une rente d'invalidité, à la condition qu'il ait au préalable bénéficié des garanties en qualité de conjoint à charge ou conjoint cotisant.

Il suffit de compléter le bulletin d'adhésion que vous pouvez vous procurer ainsi que les tarifs auprès de :

Malakoff Humanis

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq

45953 Orléans cedex 9

ou sur www.prevoyons.com

L'intéressé pourra bénéficier de la couverture complémentaire frais de santé dans les mêmes conditions de garantie que les salariés :

- le premier jour de son affiliation :
 - si celle-ci intervient au plus tard dans les trois mois qui suivent l'affiliation du salarié (ou le mariage, le concubinage, la conclusion d'un PACS avec le salarié) et dans les mêmes conditions de garantie que celui-ci,
 - si celle-ci est consécutive à la couverture santé accordée à titre gratuit (conjoint à charge) dans le cadre du contrat collectif,
- **après six mois d'affiliation pour les frais d'optique (lunettes et lentilles**), la chirurgie réfractive, les frais de prothèses** et implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale et les frais de naissance, si son affiliation intervient plus de trois mois après celle du salarié** (ou son mariage, son concubinage, ou la conclusion d'un PACS avec le salarié). Les autres postes sont garantis le premier jour de son affiliation.

*** Les Travailleurs Non Salariés peuvent bénéficier de ces dispositions.**

**** sous réserve de l'application du contrat responsable**



Environnement réglementaire de vos garanties

ASPECTS GÉNÉRAUX LIES AUX REMBOURSEMENTS

Les remboursements complètent ceux de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de tout autre organisme dans les limites précisées pour chaque acte médical. Les remboursements en multiples du montant remboursé par la Sécurité sociale s'entendent sur la base du régime général de la Sécurité sociale.

Les garanties sont acquises pour les seules dépenses engagées à compter de l'adhésion au régime complémentaire frais de santé. En cas de radiation, seules les dépenses engagées jusqu'à la date de radiation sont prises en charge.

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, un accident du travail, un accident de la vie privée ou une maladie professionnelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge, après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes assureurs s'appliquent dans la limite de chaque garantie.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS ET CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat répond aux obligations définies par la loi du 13 août 2004.

Parcours de soins coordonnés

Le respect du parcours de soins coordonnés permet de bénéficier d'une meilleure prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et par votre complémentaire frais de santé.

Le parcours de soins coordonnés consiste pour l'assuré (âgé de plus de 16 ans) à choisir et désigner à sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) un médecin traitant qu'il consulte en premier lieu en cas de problème de santé. Si cela s'avère nécessaire, c'est le médecin traitant qui orientera l'assuré vers un autre praticien spécialiste (médecin correspondant). Si l'assuré respecte cette procédure de consultations, il est considéré « dans le parcours de soins » et bénéficie d'une meilleure prise en charge ; sinon, notamment s'il consulte un autre praticien sans passer par son médecin traitant, il est considéré « hors parcours de soins ».

Situations particulières

L'assuré n'est pas considéré "hors parcours de soins" s'il consulte un médecin autre que son médecin traitant dans les cas suivants (sous réserve d'avoir déclaré un médecin traitant au préalable) :

- lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;
- en cas d'urgence ;
- lorsque les actes et consultations sont assurés par le médecin remplaçant du médecin traitant ;
- lorsqu'il consulte directement un médecin généraliste installé depuis moins de cinq ans ;
- les psychiatres et neuropsychiatres (uniquement pour les patients âgés de 16 à 25 ans) ;
- les ophtalmologues, pour la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contacts, des actes de dépistage et suivi du glaucome ;

- les gynécologues, pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse ;
- les stomatologues, sauf pour les actes chirurgicaux lourds.
- Il existe par ailleurs des exceptions au parcours de soins. En cas de consultation relevant des spécialités suivantes, vous ne serez pas considéré « hors parcours de soins », que vous ayez déclaré un médecin traitant ou pas :
 - les chirurgiens dentistes ;
 - les auxiliaires médicaux ;
 - les laboratoires ;
 - les pharmaciens.

Pour plus de précision, nous vous conseillons de consulter les informations disponibles sur le site www.ameli.fr, rubrique Assurés > Soins et remboursements > Comment être remboursé.

Contrat Responsable

Les garanties frais de santé ici définies respectent les conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire » et de « contrat responsable ». Elles respectent les conditions posées à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci. Elles sont établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de l'édition du présent livret.

Les garanties frais de santé sont conformes de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « contrat responsable » et au « contrat solidaire ». En cas de contradiction entre les garanties du présent livret et celles prévues par le cahier des charges du contrat responsable, les règles du contrat responsable prévaudront.

Garanties

Les garanties décrites dans la présente notice sont conformes au cahier des charges du contrat responsable.

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), la Mutuelle Générale prendra en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'Assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R322-16°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont remboursés selon les conditions définies au présent livret.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables.

La Mutuelle Générale ne rembourse pas :

- conformément à l'article L160.13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale ;
- conformément à l'article L160.13 II du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L160-8 du Code de la Sécurité sociale).



100 % SANTÉ

Votre couverture frais de santé intègre la réforme dite 100 % Santé. Elle a pour objectif de vous proposer des offres sur une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires sans reste à charge.

Retrouvez le détail du 100 % santé Optique, Dentaire et Audio dans chacune des pages dédiées à ces garanties.

ACTES DE PRÉVENTION

Votre couverture frais de santé prend en charge, à hauteur de 100 % du ticket modérateur, l'ensemble des actes ci-dessous :

Prestations de prévention

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'assurance maladie obligatoire. Les prestations versées, cumulées à celles de l'assurance maladie obligatoire, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'assuré et par ses ayants droit.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Dépistage, tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans :	
Dans le parcours de soins :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100 % FR dans la limite de 250 % MR
- Médecin non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100 % FR dans la limite de 185,71 % MR *
Hors du parcours de soins :	80 % FR dans la limite de 150 % MR
Dépistage de l'hépatite B	100 % FR dans la limite de 400 % MR
Bilan initial des troubles du langage oral et écrit (avant 14 ans)	100 % FR dans la limite de 400 % MR
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans :	
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans :	
Dans le parcours de soins :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100 % FR dans la limite de 400 % MR
- Médecin non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100 % FR dans la limite de 185,71 % MR *
Hors du parcours de soins :	80 % FR dans la limite de 200 % MR
Vaccins :	
- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tout âge) ;	100 % TFR
- Coqueluche (avant 14 ans) ;	
- Hépatite B (avant 14 ans) ;	
- BCG (avant 6 ans) ;	
- Rubéole (pour certaines femmes) ;	
- Haemophilus influenzae B ;	
- Vaccins contre les infections invasives à pneumocoques (enfant de moins de 18 mois)	
Détartrage complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances au maximum)	100 % FR dans la limite de 300 % MR
Scellement des sillons sur les molaires (avant 14 ans)	100 % FR dans la limite de 300 % MR

*Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique maîtrisée est limitée à 100 % BR.
BR : Base de Remboursement. FR : Frais réellement engagés par l'assuré. MR : Montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie. TFR : Tarif Forfaitaire de responsabilité fixé par l'assurance maladie. Il correspond au tarif de médicament générique au prix le plus bas. (1) Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

CONTRIBUTION FORFAITAIRE ET FRANCHISES

La contribution forfaitaire à la charge des assurés, instaurée par la réforme de l'Assurance maladie pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, fixée à 1 € ** et limitée à 4 € par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé, n'est pas prise en charge par La Mutuelle Générale.

Les franchises médicales, instituées par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008, sur chacun des produits et actes suivants ne sont pas prises en charge :

- boîte de médicaments (0,50 € par boîte de médicaments), à l'exclusion des boîtes de médicaments délivrées au cours d'une hospitalisation,
- acte effectué par un auxiliaire médical (0,50 € par acte paramédical dans la limite de 2 €/jour), à l'exclusion des actes effectués au cours d'une hospitalisation,
- transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi (2 € par transport sanitaire, dans la limite de 4 €/jour), ne sont pas prises en charge par La Mutuelle Générale.

La participation forfaitaire de 24 €, mise à la charge de chaque assuré social pour les actes médicaux affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 € est prise en charge par La Mutuelle Générale.

Prise en charge du Forfait Patient Urgences (FPU)

Votre couverture frais de santé prend en charge l'intégralité de la participation forfaitaire dénommée « Forfait Patient Urgences (FPU) » instituée par l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2021, en remplacement du ticket modérateur, pour chaque passage aux urgences non suivi d'hospitalisation.

DPTAM (DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE) / DPTAM-CO (DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que le médecin est signataire ou non du dispositif DPTAM / DPTAM-CO.

Objectif : favoriser l'accès aux soins des assurés en incitant les professionnels de santé à limiter le taux de dépassement d'honoraires et réduire le reste à charge des assurés.

Que ce soit pour le DPTAM ou le DPTAM-CO, les signataires s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires, stabiliser voire réduire leur taux de dépassement et développer leur part d'activité à tarif opposable.

Professionnels non conventionnés : lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre de votre couverture frais de santé sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Pour savoir si un praticien est signataire ou non du dispositif, rendez-vous sur annuaire.sante.ameli.fr.

** (hors cas particuliers des bénéficiaires de moins de 18 ans, des femmes enceinte (à partir du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant la date de l'accouchement), et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME) qui sont exonérés de son paiement.



Vos garanties

Frais d'hospitalisation

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme.

Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
HONORAIRES	
Honoraires des praticiens - actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation :	
- médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾ :	100 % FR dans la limite de 400 % MR
- médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾ :	100 % TM + 125 % MR*
Forfait Patient Urgence	100 % FR
Franchise pour acte technique	100 % FR
AUTRES ACTES	
Frais de séjour - Frais de salle d'opération	100 % FR dans la limite de 400 % MR
Chambre particulière	100 % FR dans la limite de 2,50 % PMSS ⁽²⁾ (96,60 €) par jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	100 % FR dans la limite de 2 % PMSS ⁽²⁾ (77,28 €) par jour
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite du TM
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR L'AMO	
- Forfait de surveillance médicale	1 % PMSS ⁽²⁾ (38,64 €) par jour dans la limite de 21 jours
- Forfait thermal	
- Frais de transport et d'hébergement	
MATERNITÉ (y compris hospitalisation)	
Indemnité forfaitaire (un seul forfait par naissance)	40 % PMSS ⁽²⁾ (1 545,60 €) par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement
ADOPTION D'UN ENFANT	
Indemnité forfaitaire (un seul forfait par adoption)	40 % PMSS ⁽²⁾ (1 545,60 €) par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale MR : montant remboursé par la Sécurité sociale TM : Ticket modérateur. (différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie, avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

(1) Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

(2) PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins Exercice 2024 : 3 864 €. Vous pourrez consulter le montant actualisé du PMSS au 1^{er} janvier de chaque année en vous connectant à l'adresse suivante : www.securite-sociale.fr/la-secu-et-vous/baremes.

* quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.

Les frais d'hospitalisation liés à la naissance ou l'adoption d'un enfant qui font l'objet d'un versement forfaitaire de 40 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) sont exclus.

Forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du Code la Sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'Action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...).

Tiers payant

Le tiers payant s'applique uniquement aux frais d'hospitalisation.

Les dépenses personnelles (lit d'accompagnement) ne bénéficient pas du Tiers payant. Vous devez acquitter les factures correspondant à ces dépenses personnelles. Sur présentation des justificatifs, vous pourrez ensuite demander leur remboursement auprès de la Mutuelle Générale.

Les dépenses d'ordre strictement personnel (TV, téléphone...) ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle Générale.

Établissements non conventionnés :

Il s'agit d'établissements très peu nombreux (71 sur la France, soit 2,28 % du total des établissements) qui n'ont pas signé de convention avec l'Assurance maladie.

Dans ce cas, les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire sont fortement réduits ainsi que le remboursement complémentaire qui est indexé sur la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Naissance ou adoption d'un enfant

Les frais médicaux, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, pris en charge partiellement par la Sécurité sociale au titre de la maternité **ne font pas l'objet de remboursement. Toutefois, un versement forfaitaire de 40 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale soit 1 545,60 €** (valeur 2024) est attribué à la naissance sur envoi d'un extrait d'acte de naissance.

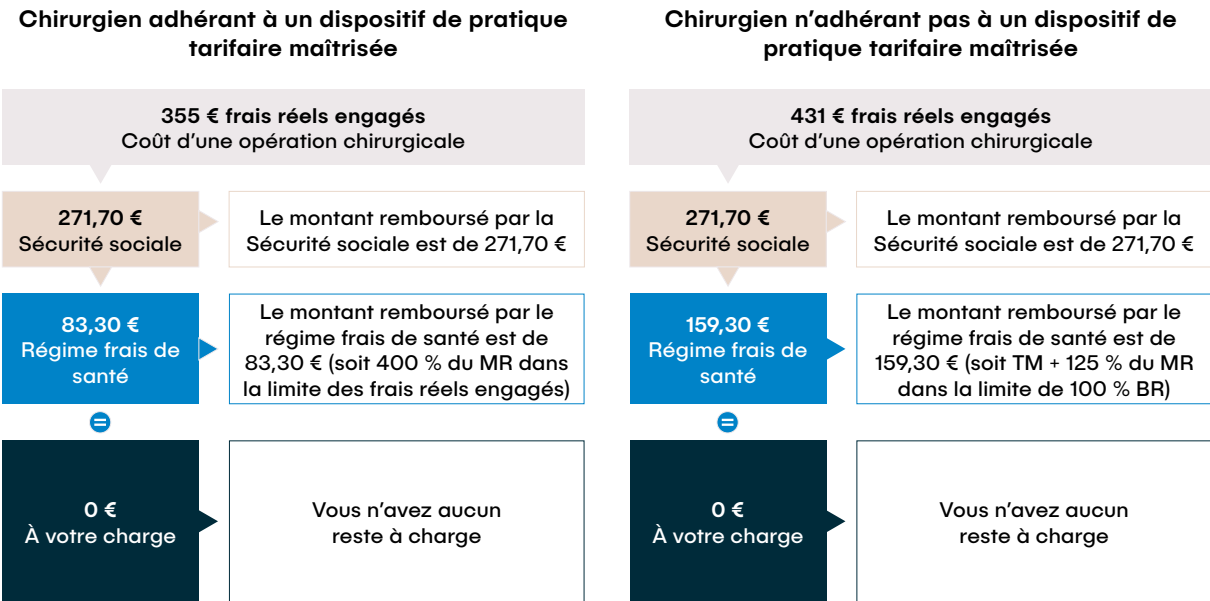
Pour chaque naissance ou adoption, il est versé un seul forfait.

Néanmoins, en cas d'intervention chirurgicale (césarienne) les frais sont pris en charge au titre de la garantie « frais d'hospitalisation ».

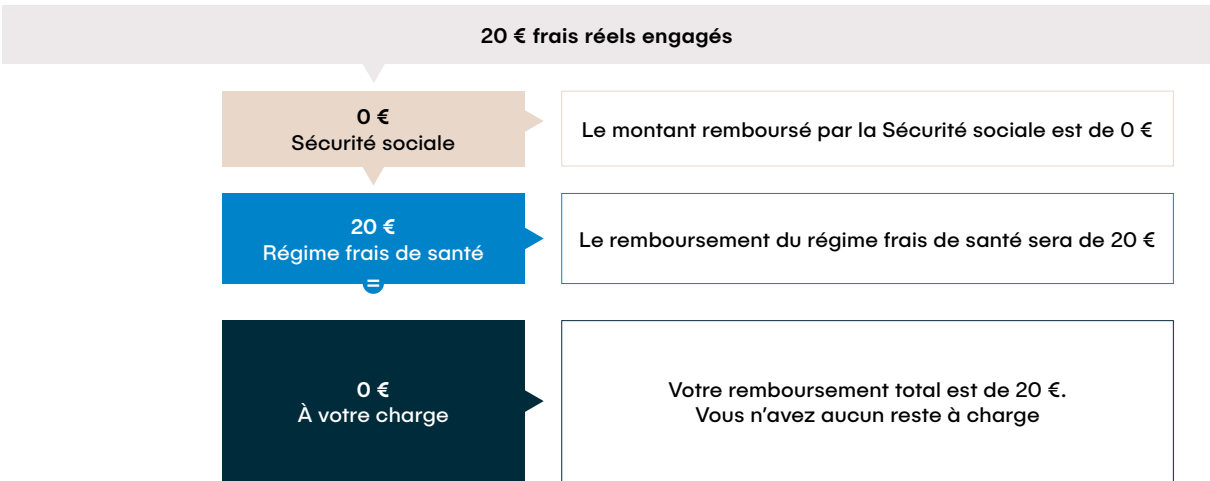


Exemples de remboursements :

Pour une opération de la cataracte pour un acte thérapeutique > 120 €



En cas d'hospitalisation, un forfait journalier hospitalier s'applique pour la participation du patient aux frais d'hébergement et d'entretien



Soins courants

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme.

Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations médicales et visites médicales du généraliste : Dans le parcours de soins :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100 % FR dans la limite de 200 % MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100 % FR dans la limite de 171,42 % MR**
Hors du parcours de soins :	80 % FR dans la limite de 100 % MR
Consultations médicales et visites médicales du spécialiste et du professeur : Dans le parcours de soins :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100 % FR dans la limite de 250 % MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100 % FR dans la limite de 185,71 % MR**
Hors du parcours de soins :	80 % FR dans la limite de 150 % MR
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale et électrothérapie : Dans le parcours de soins :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100 % FR dans la limite de 400 % MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100 % FR dans la limite de 185,71 % MR**
Hors du parcours de soins :	80 % FR dans la limite de 200 % MR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % FR
TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE	
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100 % TM
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Actes d'auxiliaires médicaux	100 % FR dans la limite de 400 % MR
Consultations de psychologues prises en charge l'AMO	100 % TM
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Frais d'analyses médicales, d'examens de laboratoire et de biologie médicale	100 % FR dans la limite de 400 % MR
MEDICAMENTS	
Frais pharmaceutiques, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100 % TFR
MATÉRIEL MÉDICAL	
Prothèses médicales non dentaires prises en charge par l'AMO :	
- Appareil orthopédique :	100 % FR dans la limite de 400 % MR
- Fournitures et appareillages médicaux non dentaires :	100 % FR dans la limite de 400 % MR
MEDECINE DOUCE - PREVENTION	
Ostéodensitométrie	100 % FR dans la limite de 31 € par année civile et par bénéficiaire
Ostéopathie - Chiropractie - Psychologie - Diététique - Sophrologie (***)	30 € par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues



DISPOSITIF « MONSOUTIENPSY »

Le dispositif « MonSoutienPsy » prévoit la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique. Votre couverture frais de santé prend en charge le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale
PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins 2024 : 3 864€.
* Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).
** Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.
*** Actes prescrits et pratiqués par un professionnel de santé disposant d'un diplôme d'état dans sa spécialité et inscrit au RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) ou au répertoire Adeli.



Exemples de remboursements :

Consultation d'un généraliste adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
Base de Remboursement Sécurité sociale : 26,50 €
Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans dans le cadre du parcours de soins.

17,55 €
Sécurité sociale

Le montant remboursé par la Sécurité sociale est de 18,55 € – 1 €* soit 17,55 €

Jusqu'à 37,10 €
Régime frais de santé

Le montant maximum remboursé par votre régime est de 200 % du MR, soit 18,55 € x 2 = 37,10 €

54,65 €
Remboursement maximum

Au total, vous pourrez être remboursé jusqu'à 54,65 €

Consultation d'un généraliste n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
Base de Remboursement Sécurité sociale : 23 €
Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans dans le cadre du parcours de soins.

15,10 €
Sécurité sociale

Le montant remboursé par la Sécurité sociale est de 16,10 € – 1 €* soit 15,10 €

Jusqu'à 27,60 €
Régime frais de santé

Le montant maximum remboursé par votre régime est de 171,42 % du MR soit x 16,10 € soit 27,60 €

42,70 €
Remboursement maximum

Au total, vous pourrez être remboursé jusqu'à 42,70 €

* Contribution forfaitaire fixée à 1 € hors cas particuliers des bénéficiaires de moins de 18 ans, des femmes enceinte (à partir du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant la date de l'accouchement), et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME), qui sont exonérés de son paiement.



Exemples de remboursements :

Consultation d'un spécialiste adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
Base de Remboursement Sécurité sociale : 31,50 €
Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.
Consultation d'un spécialiste sur avis du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins.

21,05 €
Sécurité sociale

Le montant remboursé par la Sécurité sociale est de 22,05 € – 1 €* soit 21,05 €

Jusqu'à 55,12 €
Régime frais de santé

Le montant maximum remboursé par votre régime est de 250 % du MR, soit 2,50 x 22,05 € = 55,12 €

76,17 €
Remboursement maximum

Au total, vous pourrez être remboursé jusqu'à 76,17 €

Consultation d'un spécialiste n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
Base de Remboursement Sécurité sociale : 23 €
Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.
Consultation d'un spécialiste sur avis du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins.

15,10 €
Sécurité sociale

Le montant remboursé par la Sécurité sociale est de 16,10 € – 1 €* soit 15,10 €

Jusqu'à 29,90 €
Régime frais de santé

Le montant maximum remboursé par votre régime est 185,71 % du MR, soit 1,8571 x 16,10 € = 29,90 €

45 €
Remboursement maximum

Au total, vous pourrez être remboursé jusqu'à 45 €

Ces prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.
Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.
Le taux de remboursement de l'AMO pris en compte dans les exemples est de 70 %.
Les exemples chiffrés sont arrondis à deux chiffres après la virgule.

Pharmacie

Les médicaments sont remboursés dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), s'il existe pour cette classe de médicaments, c'est-à-dire sur la base du prix du médicament générique correspondant au médicament prescrit.

Exemple :

Médicament de marque prescrit	5 €
TFR (prix moyen des génériques pour cette classe de médicaments)	3,13 €
Reste à charge	
si choix du médicament de marque	1,87 € (5 – 3,13 €)
si choix du médicament générique	0 €

Vous pouvez consulter le détail des dispositifs de l'Assurance maladie (participation forfaitaire, médecin traitant, parcours de soins, coordination de soins, protocole de soins, ...) sur le site : www.ameli.fr



Frais d'optique



100 % Santé : optique

Votre opticien doit vous proposer 2 offres "l'offre 100 % Santé entièrement remboursée" et "l'offre à tarifs libres" dont le remboursement sera limité.*

1 Panier 100 % santé

aussi appelé « Classe A ». Il est sans reste à charge. Vous pouvez choisir entre plusieurs montures et verres prédéfinis traitant l'ensemble des troubles visuels.

2 Panier tarifs libres

également appelé « Classe B ». Il est remboursé sur le tarif de base de l'Assurance maladie et dans la limite de votre couverture frais de santé. Le remboursement de la monture est plafonné à 100 €.

Vous avez la possibilité de les mixer en optant pour une monture de votre choix et des verres «100% santé» ou inversement.

À NOTER

Le renouvellement de l'équipement est pris en charge :

- tous les 2 ans pour les plus de 16 ans, sauf en cas de changement de vue et selon des conditions spécifiques et hors situations médicales particulières,
- tous les ans pour les moins de 16 ans. Ce délai est réduit à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Le renouvellement des verres est sans délai lorsque les conditions spécifiques sont remplies (cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 12/12/2018 ou sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière).

* Un équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Vos garanties optique

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
ÉQUIPEMENTS	
Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) corrigeant un déficit de vision ou une combinaison de déficits toutes les deux années dites glissantes pour un bénéficiaire âgé de 16 ans ou plus décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, cette limitation est ramenée à une année. En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge ne pourra excéder 100 € (Assurance Maladie Obligatoire comprise)	
ÉQUIPEMENTS DE CLASSE A (100 % SANTE)*	
Monture prise en charge par l'AMO :	100 % FR - MR dans la limite du PLV*** tel que défini réglementairement
Verres pris en charge par l'AMO :	100 % FR - MR dans la limite du PLV*** tel que défini réglementairement
Suppléments optiques pris en charge par l'AMO :	100 % FR - MR dans la limite du PLV*** tel que défini réglementairement
ÉQUIPEMENT DE CLASSE B (PANIER LIBRE)*	
Monture prise en charge par l'AMO :	
- Dans le réseau d'opticiens partenaires :	100 % FR - MR dans la limite de 100 €
- Hors du réseau d'opticiens partenaires :	95 % FR - MR dans la limite de 100 €

Verres pris en charge par l'AMO :

PLAFONDS PAR VERRE SELON LES CRITÈRES DU CONTRAT RESPONSABLE ET DES GARANTIES ORANGE**			
Typologie des verres selon les garanties Orange et correspondance avec typologie selon les critères des contrats responsables		Type de verres	Garanties Orange suivant PMSS 2024
N°11	Simple foyer, de sphère allant de -6 à +6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 154,56 €
N°21	Simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 154,56 €
	Simple foyer, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 154,56 €
N°12 - 13	Simple foyer, de sphère hors zone de -6 à +6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 289,80 €
N°22-24	Simple foyer, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries et de sphère inférieure à -6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 289,80 €
N°22	Simple foyer, de sphère positive et de somme S supérieure à 6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 289,80 €
N°23	Simple foyer, de cylindre supérieur à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 289,80 €
N°31	Multifocal ou progressif, de sphère allant de -4 à +4 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 289,80 €
N°32	Multifocal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à +4 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 386,40 €
N°41	Multifocal ou progressif, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 289,80 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 8 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 289,80 €
	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 386,40 €
N°42	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie et de sphère inférieure à -8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 386,40 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S supérieure à +8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 386,40 €
Supplément optiques pris en charge par l'AMO		100 % TM	

* Les verres, montures et suppléments de classe A (100 % santé) sont définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables. Le Panier Libre correspond au panier hors 100 % Santé.

** La prise en charge d'un équipement (2 verres + 1 monture) y compris Sécurité sociale ne peut pas dépasser les plafonds réglementaire des contrats responsables

*** Plafond Limite de Vente



NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
LENTILLES	
Lentilles correctrices prises en charge par l'AMO En tout état de cause, les lentilles correctrices prises en charge par l'AMO sont remboursées à hauteur de 100 % TM.	100 % FR dans la limite de 15 % PMSS (soit 579,60 €) par année civile et par bénéficiaire
Lentilles correctrices non prises en charge par l'AMO y compris les lentilles correctrices jetables	100 % FR dans la limite de 10 % PMSS (soit 386,40 €) par année civile et par bénéficiaire
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	
Chirurgie réfractive	100 % FR dans la limite de 24 % PMSS (soit 927,36 €) par oeil
PMSS : le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est fixé chaque année par les pouvoirs publics sous forme de décret	

Les garanties optiques respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la Sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et hyper complexes (très complexes) selon le niveau de sphère et cylindre comme précisé dans le tableau des garanties.

NATURE DE L'ÉQUIPEMENT	PRESTATIONS
1 monture + 2 verres simples	420 €
1 monture + 2 verres complexes	700 €
1 monture + 2 verres hyper complexes	800 €
1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	560 €
1 monture + 1 verre simple + 1 verre hyper complexe	610 €
1 monture + 1 verre complexe + 1 verre hyper complexe	750 €

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture au sein d'un équipement est limitée à 100 euros.



Votre opticien doit obligatoirement vous proposer un devis comprenant au moins un modèle de lunette 100 % Santé.

Vous pouvez obtenir une analyse de devis via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale, rubrique "Services et avantages" ou par courrier envoyé à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Le reste à charge peut être diminué si vous allez chez un opticien membre du réseau Carte Blanche (cf rubrique Vos services).

Exemples de remboursements :

Vous achetez une paire de lunettes pour adulte (16 ans et plus)
1 monture + 2 verres simples n°11 (voir classification)

Lunettes de classe A (100 % santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
125 € Frais Réels engagés	30 €	95 €	345 € Frais Réels engagés	130 €	215 €
22,50 € Sécurité sociale	5,40 €	17,10 €	0,09 € Sécurité sociale	0,03 €	0,06 €
102,50 € Régime frais de Santé	24,60 €	77,90 €	314,91 € Régime frais de Santé	99,97 €	214,94 €
0 € Reste à votre charge	0 €	0 €	30 € Reste à votre charge	30 €	0 €

Vous achetez une paire de lunettes pour adulte (16 ans et plus)
1 monture + 2 verres complexes n°41 (voir classification)

Lunettes de classe A (100 % santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
210 € Frais Réels engagés	30 €	180 €	710 € Frais Réels engagés	150 €	560 €
37,80 € Sécurité sociale	5,40 €	32,40 €	0,09 € Sécurité sociale	0,03 €	0,06 €
172,20 € Régime frais de Santé	24,60 €	147,60 €	659,91 € Régime frais de Santé	99,97 €	559,94 €
0 € Reste à votre charge	0 €	0 €	50 € Reste à votre charge	50 €	0 €

Vous achetez une paire de lunettes pour votre enfant (moins de 16 ans)
1 monture + 2 verres simples n°11 (voir classification)

Lunettes de classe A (100 % santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
125 € Frais Réels engagés	30 €	95 €	250 € Frais Réels engagés	100 €	150 €
22,50 € Sécurité sociale	5,40 €	17,10 €	0,09 € Sécurité sociale	0,03 €	0,06 €
102,50 € Régime frais de Santé	24,60 €	77,90 €	249,91 € Régime frais de Santé	99,97 €	149,94 €
0 € Reste à votre charge	0 €	0 €	0 € Reste à votre charge	0 €	0 €

Vous achetez une paire de lunettes pour votre enfant (moins de 16 ans)
1 monture + 2 verres complexes n°41 (voir classification)

Lunettes de classe A (100 % santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
210 € Frais Réels engagés	30 €	180 €	350 € Frais Réels engagés	100 €	250 €
37,80 € Sécurité sociale	5,40 €	32,40 €	0,09 € Sécurité sociale	0,03 €	0,06 €
172,20 € Régime Frais de Santé	24,60 €	147,60 €	349,91 € Régime Frais de Santé	99,97 €	249,94 €
0 € Reste à votre charge	0 €	0 €	0 € Reste à votre charge	0 €	0 €

La prise en charge de l'équipement optique remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire est limitée à un équipement tous les deux ans, composé de deux verres et d'une monture.

Cette période est réduite à :

- 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour les adultes de 16 ans et plus ;
- 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ;
- 6 mois en cas de perte de l'équipement ou de bris de verres pour les patients ayant un trouble neurologique avec atteinte de la motricité fine ou déficience intellectuelle sévère.

Dans ce cas, la demande doit préalablement être instruite par la Mutuelle Générale. A réception de l'accord de la Mutuelle Générale, la prise en charge peut être demandée.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres (hors monture) n'est applicable pour les moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou pour tout patient en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières telles que visées par le paragraphe VIII.2 de l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au JO du 31/12/2018.

Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités), à compter de la date de facturation de l'équipement.

Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du dernier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après. En cas d'achat séparé d'une composante de cet équipement, les différentes périodes sont également applicables. Lorsque les 2 verres sont délivrés et pris en charge de façon espacée dans le temps, la date à partir de laquelle le délai de renouvellement est compté est celle de délivrance du dernier verre.



En cas de double prescription (vision de près et vision de loin) à la même date, les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. La délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de 2 équipements est permise lorsque la période de renouvellement est échue pour chacun des 2 équipements.

La Mutuelle Générale peut demander une facture détaillée et acquittée des frais d'optique.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, il est demandé de fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Dans ce cas, il est également demandé de transmettre à la Mutuelle Générale la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

Frais dentaires



100 % Santé : dentaire

La réforme 100 % Santé pour les garanties dentaires, s'est traduite par la mise en place de 3 paniers de soins dont un le 100 % Santé, sans reste à charge.

Vous avez le choix parmi 3 paniers de soins.

1 Panier 100 % santé

Il offre un large choix de prothèses (couronnes, inlay-core, bridges) composées de matériaux adaptés à la localisation de la dent (visible ou non), et totalement remboursés.

2 Panier tarifs maîtrisés

avec des honoraires plafonnés et un remboursement selon votre couverture frais de santé, avec un éventuel reste à charge.

3 Panier tarifs libres

permet de choisir librement les techniques et matériaux remboursés selon votre couverture frais de santé avec un éventuel reste à charge.

À SAVOIR

Votre dentiste a l'obligation de vous présenter un devis. Par contre, il n'a pas l'obligation de vous présenter un devis 100 % Santé ou à tarif maîtrisé. Votre dentiste doit cependant vous informer si le devis qu'il présente en tarif libre concerne des prothèses pour lesquelles un devis « 100 % santé » ou à tarif maîtrisé est possible. Cette alternative peut faire l'objet d'un devis séparé.

Vous pouvez obtenir une analyse de devis via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale, rubrique "Services et avantages" ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Le reste à charge peut être diminué si vous consultez un dentiste du réseau Carte Blanche (voir "vos services").

Vos garanties dentaires

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100 % SANTÉ*	
Soins et prothèses dentaires 100 % santé	100 % FR dans la limite des honoraires limites de facturation**
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉ ET LIBRE	
Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite de 300 % MR
Inlay Onlay pris en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite de 300 % MR
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR L'AMO (DONT COURONNE SUR IMPLANT, COURONNE PROVISOIRE ET INLAY CORE)	
- Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45) :	500 % MR dans la limite des FR
- Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 / mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48) :	400 % MR dans la limite des FR
PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR L'AMO INSCRITES À LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)	
- Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45)	80 % FR dans la limite de 391 € par dent
- Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 / mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48)	80 % FR dans la limite de 310 € par dent
Implantologie non prise en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite de 28 % PMSS (soit 1 081,92 €) par année civile et par bénéficiaire
TRAITEMENT ORTHODONTIQUE	
Traitement orthodontique pris en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite de 350 % MR
Traitement orthodontique non pris en charge par l'AMO (bénéficiaire de moins de 16 ans) ***	80 % FR dans la limite de 580 € par semestre

* Les prothèses dentaires fixes 100 % santé sont remboursées intégralement depuis le 1^{er} janvier 2020, les prothèses dentaires amovibles 100 % santé sont remboursées intégralement depuis le 1^{er} janvier 2021 conformément à la réglementation du cahier des charges des contrats responsables et la nomenclature des actes 100 % Santé.

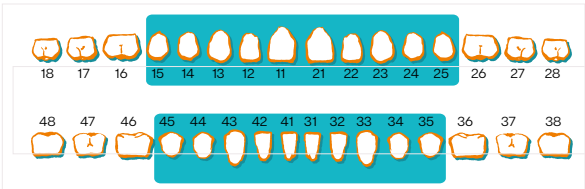
** Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) tels que définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables, remboursement de l'AMO inclus.

*** Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.



Prothèses dentaires

Le montant du plafond de remboursement des prothèses dentaires est plus élevé pour les dents visibles au sourire appelées dents de devant.
Il s'agit des canines, des incisives et des prémolaires numérotées de 11 à 15 et de 21 à 25 pour la mâchoire supérieure, de 31 à 35 et de 41 à 45 pour la mâchoire inférieure.
Le schéma ci-dessous vous permet de visualiser les dents concernées.
Le plafond de remboursement est moins élevé pour les molaires nommées dents du fond.



Exemples de remboursements :

Vous allez chez un dentiste pour un détartrage pris en charge par la Sécurité sociale

Frais réels engagés de 28,92 €	
=	
17,35 € Sécurité sociale	Si le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) est de 17,35 €
+	
11,57 € Régime frais de santé	Le remboursement du régime frais de santé sera de 11,57 €
+	
0 € À votre charge	Votre remboursement total est de 28,92 €. Vous n'avez aucun reste à charge

Vous allez chez un dentiste conventionné qui vous pose une couronne
La couronne est acceptée par la Sécurité sociale.
Le taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire pris en compte dans les exemples est de 70 %.
Le reste à charge est en fonction de vos **frais réels**, de la **position de la dent** et des **matériaux, dans tous les cas, demandez un devis !**

° Incisive (dent n°11), canine (dent n°23) ou 1^{er} prémolaire (dent n°14)
==> Dents de devant (voir classification) = limite 500% MR

Panier 100 % santé (BR 120 €)	Panier 100 % santé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Céramique monolithique avec Zircone	Céramo monolithique sans zircone Céramométallique	Céramo céramique
Frais réels engagés de 440 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 500 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 900 € ⁽²⁾
=	=	=
72 € Sécurité sociale	72 € Sécurité sociale	64,50 € Sécurité sociale
+	+	+
360 € Régime frais de santé	360 € Régime frais de santé	322,50 € Régime frais de santé
+	+	+
8 € À votre charge	68 € À votre charge	513 € À votre charge

° 2^e prémolaire (dent n°15) ==> Dents de devant (voir classification) = limite 500% MR

Panier 100 % santé (BR 120 €)	Panier Maitrisé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Céramique monolithique avec Zircone	Céramométallique	Céramo céramique
Frais réels engagés de 440 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 550 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 900 € ⁽²⁾
=	=	=
72 € Sécurité sociale	72 € Sécurité sociale	64,50 € Sécurité sociale
+	+	+
360 € Régime frais de santé	360 € Régime frais de santé	322,50 € Régime frais de santé
+	+	+
8 € À votre charge	118 € À votre charge	513 € À votre charge

° Molaire (dent n°17) ==> Dents du fond (voir classification) = limite 400% MR

Panier 100 % santé (BR 120 €)	Panier Maitrisé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Métallique	Céramo monolithique avec zircone	Céramo céramique
Frais réels engagés de 290 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 440 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 539 € ⁽²⁾
=	=	=
72 € Sécurité sociale	72 € Sécurité sociale	64,50 € Sécurité sociale
+	+	+
218 € Régime frais de santé	288 € Régime frais de santé	258 € Régime frais de santé
+	+	+
0 € À votre charge	80 € À votre charge	216,50 € À votre charge

(1) Honoraire Limite de Vente
(2) Honoraire Libre



Aides auditives



100 % Santé : audio

La réforme 100 % Santé pour les garanties audio, se traduit par la mise en place de 2 paniers de soins dont un 100 % Santé, sans reste à charge.

1 Panier 100 % santé (classe I)

Tout l'équipement est entièrement remboursé.

2 Panier tarifs libres (classe II)

l'équipement est remboursé selon les conditions fixées à votre couverture frais de santé et dans la limite de 1700 €.

À NOTER

Depuis 2021 le renouvellement d'une aide auditive est possible tous les 4 ans.

L'audioprothésiste a l'obligation de vous présenter un devis. Par contre, il n'a pas l'obligation de vous présenter un devis 100 % Santé ou à tarif maîtrisé. Votre audioprothésiste doit cependant vous informer si le devis qu'il présente en tarif libre concerne des équipements pour lesquels un devis « 100 % santé » ou à tarif maîtrisé est possible. Cette alternative peut faire l'objet d'un devis séparé. Vous pouvez obtenir une analyse de devis via votre Espace Adhérent. La Mutuelle Générale, rubrique "Services et avantages" ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Le reste à charge peut être diminué si vous consultez un dentiste du réseau Carte Blanche (voir "vos services").

Vos garanties audio

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Dans la limite d'une aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille	
Équipement 100 % Santé (*) – Classe I*	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite des PLV *
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite des PLV *
Équipement tarif Libre (*) – Classe II	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite de 540 % MR**
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite de 540 % MR

(*) tel que défini réglementairement

(**) la prise en charge ne peut excéder le plafond de garanties des contrats responsables fixé à 1700 € (assurance maladie obligatoire + complémentaire frais de santé) par appareil.

Exemples de remboursements :

Vous achetez une aide auditive de classe I (100 % Santé) pour adulte (20 ans et plus)

Frais réels engagés de 950 €	Les frais réels engagés pour l'achat d'une aide auditive de classe I sont de 950 €
240 € Sécurité sociale	Le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) est de 240 €
710 € Régime frais de santé	Le remboursement du régime frais de santé sera de 710 €
0 € À votre charge	Votre remboursement total est de 950 €. Vous n'avez aucun reste à charge

Vous achetez une aide auditive de classe II pour adulte (20 ans et plus)

Frais réels engagés de 1 675 €	Les frais réels engagés pour l'achat d'une aide auditive de classe II sont de 1675 €
240 € Sécurité sociale	Le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) est de 240 €
1 296 € Régime frais de santé	Le remboursement du régime frais de santé sera de 1 296 €
139 € À votre charge	Votre remboursement total est de 1536 €. Il reste à votre charge 139 €

(1) Honoraire Limite de Vente
(2) Honoraire Libre



Vos démarches

COMMENT OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE, LE VERSEMENT DES PRESTATIONS OU UN DEVIS ?

Prise en charge

La pratique du Tiers payant est conditionnée par l'obtention d'un accord de prise en charge délivré par Almérys/Carte Blanche. En effet, le remboursement de la part complémentaire dépend des soins déjà effectués au cours de la période de référence (année civile ou 24 mois de date à date pour l'optique) et des plafonds prévus pour chaque type de garantie. Le professionnel de santé fera une demande de prise en charge auprès d'Almérys/Carte Blanche afin de déterminer le montant restant à la charge de l'assuré.

Devis pour frais dentaires, d'optique ou d'audio

Votre opticien et votre audioprothésiste ont l'obligation de vous proposer un devis comportant au moins une solution 100 % Santé sans reste à charge.

Votre dentiste n'en a pas l'obligation, pensez à le lui demander.

Dans tous les cas : pensez à faire analyser votre devis en l'envoyant à La Mutuelle Générale via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale, rubrique "Services et avantages" ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Versement des prestations

● Vous bénéficiez de la télétransmission (Procédure Noémie)

Vous présentez votre carte Vitale et vous serez directement remboursé sur votre compte courant pour votre part complémentaire par La Mutuelle Générale sans avoir besoin d'envoyer les décomptes Sécurité sociale. La part obligatoire de la Sécurité sociale sera réglée directement au professionnel de santé sans aucune démarche de votre part.

● Le Tiers payant intégral : aucune avance de frais

Vous devez présenter votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant de La Mutuelle Générale aux professionnels de santé et établissements de soins. Vous êtes ainsi dispensé d'avancer les frais qui sont pris en charge par la Sécurité sociale et par votre régime frais de santé. Vous recevrez ultérieurement un relevé de prestation vous informant des paiements avec la mention « pour information ». Il ne vous restera plus qu'à régler la somme restant éventuellement à votre charge.

Un professionnel de santé reste toutefois libre d'accepter ou de refuser l'application du Tiers payant (Sécurité sociale et/ou La Mutuelle Générale).

● Le Tiers payant partiel : à éviter pour les consultations

Dans le cas des médecins généralistes et spécialistes, nous vous conseillons, si le Tiers payant intégral n'est pas possible, de faire l'avance des frais. Votre remboursement complémentaire sera viré sur votre compte 48 heures après le remboursement de la Sécurité sociale.

En effet, si vous utilisez votre carte Vitale afin de bénéficier du seul Tiers payant Sécurité sociale pour une consultation (carte Vitale uniquement), vous devrez, pour pouvoir bénéficier du remboursement de la part complémentaire, impérativement envoyer à La Mutuelle Générale :

- une facture du praticien indiquant le montant dont vous vous êtes acquitté ;
- une copie du décompte de Sécurité sociale.

En effet, les informations transmises par le régime obligatoire (Sécurité sociale) ne permettent pas, à l'heure actuelle, aux assureurs d'identifier les actes ayant donné lieu à un Tiers payant partiel.

● Généralisation du tiers payant : quels impacts pour vous ?

Médicaments achetés en pharmacie, radiologie, soins infirmiers... vous bénéficiez déjà du tiers payant pour de nombreuses dépenses de santé. Afin que tous les assurés sociaux bénéficient du tiers payant chez leur médecin généraliste la loi du 26 janvier 2016 prévoit un élargissement progressif du procédé.

L'utilisation du tiers payant auprès du professionnel de santé reste toutefois conditionnée à l'acceptation de ce dernier. S'il l'accepte, la dispense d'avance de frais est limitée aux garanties prévues à votre couverture frais de santé. Vous et vos bénéficiaires devez uniquement régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du praticien.

Si vous vous adressez à un professionnel de santé qui n'est pas encore conventionné pour le Tiers payant La Mutuelle Générale, vous pouvez lui proposer de prendre contact avec cet opérateur dont les coordonnées figurent sur votre carte de Tiers payant (numéro réservé aux praticiens). Tout sera mis en œuvre pour qu'il puisse rejoindre le réseau de Tiers payant au plus tôt.

Si vous n'utilisez pas votre carte de tiers payant ou si ce service est refusé par le professionnel de santé, vous devez lui demander une facture et l'adresser à La Mutuelle Générale, afin d'être remboursé par votre régime frais de santé.

En résumé :

Consultation chez le médecin généraliste ou spécialiste	Si le médecin est conventionné par Almérys/Carte Blanche Tiers payant intégral = présentation de la carte Vitale et de la carte de tiers payant La Mutuelle Générale
	Si le médecin n'est pas conventionné par Almérys/Carte Blanche Avance intégrale des frais → remboursement de la part Sécurité sociale et de la part complémentaire
Autre acte médical ou professionnel de santé ou établissement de soins	Si le professionnel de santé ou l'établissement est conventionné par Almérys/Carte Blanche Tiers payant intégral = présentation de la carte Vitale et de la carte de tiers payant La Mutuelle Générale
	Si le professionnel de santé ou l'établissement n'est pas conventionné par Almérys/Carte Blanche Tiers payant partiel (si possible en cas de frais importants) = présentation de la carte Vitale + paiement de la part complémentaire → remboursement de la part complémentaire par La Mutuelle Générale sur présentation d'une facture acquittée et du décompte de la Sécurité sociale ou Avance intégrale des frais → remboursement de la part Sécurité sociale et de la part complémentaire par La Mutuelle Générale

Attention

À compter du moment où un professionnel vous délivre une feuille de soins, vous disposez d'un délai de deux ans pour demander le remboursement de vos soins médicaux.

La Mutuelle Générale - CG 709

TSA 41423

75621 Paris cedex 13

Téléphone :  0 969 397 497 du lundi au vendredi de 9h à 18h

Espace Adhérent : <https://adherent.lamutuellegenerale.fr/>





DOCUMENTS À JOINDRE À VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS	Avec Télétransmission	Sans Télétransmission ou Prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire
HOSPITALISATION		
Forfait journalier hospitalier	Facture acquittée et/ou Bordereau de facturation délivré par l'établissement	Facture acquittée et/ou Bordereau de facturation délivré par l'établissement
Honoraires des praticiens		
Frais de Séjour		
Chambre particulière		
Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	Facture acquittée + bulletin de situation	Facture acquittée + bulletin de situation
Cure thermique (séjour, transport et hébergement)	Facture acquittée	Facture acquittée
Maternité : indemnité forfaitaire		Acte de naissance ou jugement d'adoption
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux des médecins généralistes et spécialistes (dont radiologie) – Consultations/visites	Aucune Pièce	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur
Honoraires des auxiliaires médicaux		
Analyses médicales		
Prothèses médicales prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (prothèse mammaires, capillaires, orthopédie,...)	Facture acquittée	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée
Frais de transport, médicalement prescrit pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur	Aucune Pièce	Décompte Sécurité Sociale
PHARMACIE		
Automédication et pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (sans prescription médicale)		Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé dans sa spécialité et précisant le nom du produit
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale		Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit
MÉDECINE DOUCE - PRÉVENTION		
Ostéopathie – Chiropractie – Psychologie Diététique – Sophrologie		Facture acquittée Actes prescrits et pratiqués par un professionnel de santé disposant d'un diplôme d'état dans sa spécialité et inscrit au RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) ou au répertoire Adeli
Ostéodensitométrie		Facture acquittée
AIDES AUDITIVES		
Appareil Auditif	Facture acquittée	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée

DENTAIRE		
Actes dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité Sociale
Inlays/onlays		
Inlay Core		
Prothèses Dentaires fixes et mobiles	Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)	Décompte de la Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)
Prothèses Dentaires non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)
Implantologie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		
Orthodontie prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune pièce	
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale (bénéficiaire de moins de 16 ans)		Facture acquittée
OPTIQUE		
Lunettes (Monture et verres) En cas de renouvellement anticipé lié à une évolution de la vue, fournir l'ancienne et la nouvelle prescription médicale	Devis détaillé et accepté par l'assuré + facture détaillée et acquittée précisant la référence des verres Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste Le cas échéant bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste	Devis détaillé et accepté par l'assuré + Décompte Sécurité Sociale + Facture détaillée et acquittée précisant la référence des verres
Lentilles prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune Pièce	Décompte Sécurité Sociale
Lentilles non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		Facture acquittée
Suppléments optiques pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Facture acquittée indiquant la nature des actes effectués	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée indiquant la nature des actes effectués
Chirurgie réfractive		Facture acquittée

* Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : <http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search>
Pour toutes prestations, si vous avez bénéficié du tiers payant uniquement sur la part remboursée par la sécurité sociale, il convient de nous adresser la facture acquittée.

Notre conseil :

Pour être remboursé rapidement et en toute sécurité, optez pour :

Le Tiers payant intégral

Vous présentez votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant La Mutuelle Générale. Vous profitez ainsi du Tiers payant intégral (prise en charge directe par la Sécurité sociale et la complémentaire). Vous n'aurez ainsi rien à régler ni aucune démarche à effectuer, (dans la limite des garanties du régime).

La télétransmission avec le centre de Sécurité sociale (Noémie)

Lors de votre affiliation au régime, vous bénéficiez automatiquement de cette télétransmission, sous réserve de fournir les attestations Sécurité sociale. Vos décomptes de Sécurité sociale sont automatiquement transmis à La Mutuelle Générale. Vous n'avez donc plus à transmettre vos feuilles de soins et vous êtes remboursé plus rapidement.

Votre situation de famille évolue ? Vous déménagez ? Quel que soit le changement, vous devez en informer Malakoff Humanis en lui fournissant les nouvelles attestations Sécurité sociale, afin de continuer à profiter de la télétransmission.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission, vous devez faire parvenir une demande écrite à Malakoff Humanis. Vous devrez alors adresser vous-même vos feuilles de soins ainsi que les justificatifs nécessaires à La Mutuelle Générale.





COMMUNICATION DÉMATÉRIALISÉE

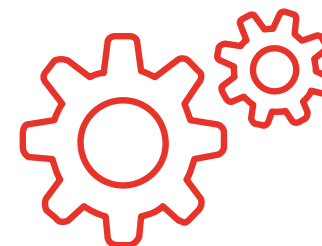
Nos organismes assureurs communiquent avec vous de façon dématérialisée via votre Espace client ou par courriel, pour la gestion de votre couverture frais de santé.

Vous pouvez demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant votre choix dans l'Espace client ou en nous contactant par courrier ou par téléphone.

VOTRE ESPACE PERSONNEL SUR LE SITE WWW.PREVOYONS.COM

Rendez vous sur le site www.prevoyons.com, accessible depuis votre ordinateur, tablette ou mobile, pour accéder à votre espace personnel et sécurisé La Mutuelle Générale. Une fois inscrit, vous pouvez :

- consulter le détail de vos remboursements santé et être informé par e-mail, si vous le demandez, lors de la mise en ligne de nouveaux décomptes ;
- vérifier vos données personnelles (adresse, numéro de Sécurité sociale, etc.) pour être sûr que vos informations sont toujours à jour ;
- rechercher un professionnel de santé Carte Blanche ;
- télécharger des documents pratiques, tels que le livret d'information Orange, des formulaires ;
- vous informer sur les nouveautés en matière de santé et de prévention.



Vos services

GARANTIE « ASSISTANCE IMA »

Les assurés ainsi que leurs ayants droit affiliés au contrat frais de santé bénéficient d'un ensemble de services d'assistance qui interviennent lorsque les circonstances l'exigent. Parmi ces services, l'assuré dispose notamment d'une écoute et de conseils pour réponse à ses questions 24h/24, 7j/7, la possibilité d'être accompagné par un psychologue en cas de coup dur, de bénéficier d'information sur ses droits ainsi que des aides pour faciliter son quotidien (par exemple, aide à domicile...).

Pour bénéficier des prestations relatives à la garantie « LMG Assistance à domicile », il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention :



N° Cristal **0 969 363 765**
APPEL NON SURTAXÉ

Retrouvez toutes les informations dans la notice d'information de la garantie « Assistance à domicile IMA ».

ANALYSE DE DEVIS ET CONSEILS

Maîtrisez vos dépenses et bénéficiez de conseils pour optimiser votre budget de santé avec votre service d'analyse de devis et de conseils.

Quels bénéfices ?

Reste à charge précis

Conseil



Estimer son reste à charge



Être rassuré sur le montant d'un devis santé



Connaître le coût moyen d'une prestation de santé sans sa région



Accès au service

Le service d'analyse de devis et de conseils est accessible :

- depuis votre Espace Adhérent dans la rubrique " Services et avantages"
- par courrier à l'adresse suivante : **La Mutuelle Générale – CG 709 TSA 41423 – 75621 Paris cedex 13**

Pour toute demande d'informations concernant votre devis, vous pouvez nous contacter par téléphone aux coordonnées figurant sur votre carte de tiers payant.

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Les assurés ainsi que leurs ayants droit affiliés au contrat frais de santé bénéficient d'un service de téléconsultation médicale, accessible sans frais supplémentaire.

Le contact avec le médecin est réalisé par téléphone ou en visio.

- L'ensemble des médecins de la plateforme sont inscrits à l'Ordre des Médecins.
- La consultation est entièrement protégée par le secret médical.
- Une ordonnance peut être envoyée à l'assuré ou à la pharmacie de son choix en France ou dans l'Union Européenne. L'ordonnance est téléchargeable depuis l'espace personnel web sécurisé « Bonjour Docteur ».
- Avec l'accord de l'assuré, un compte rendu pourra être transmis au médecin traitant.

La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux services d'urgence, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Ce service est sans surcoût et illimité.

Exemple :



QUELQUES MOTS SUR LE RESEAU DE SOINS CARTE BLANCHE

Le régime du Groupe Orange vous ouvre les portes du réseau Carte Blanche. Vous bénéficiez des avantages et des services proposés par le premier réseau de professionnels de santé, partout en France.

En savoir plus sur Carte Blanche :

Rendez-vous sur www.lamutuellegenerale.fr et cliquez sur [Mon Espace Adhérent](#)

L'annuaire des professionnels de santé et leur géolocalisation sont mis à votre disposition sur votre espace adhérent dans la rubrique « Services et avantages/être guidé et se simplifier la vie/les opticiens Carte Blanche près de chez vous : optique de qualité à des tarifs avantageux. »

Vous avez besoin d'une nouvelle carte de tiers payant ? Téléchargez-la depuis votre espace adhérent de la Mutuelle Générale puis imprimez-la.





CARTE DE TIERS PAYANT

Carte Blanche Partenaires gère les conventions de Tiers Payant pour plus de 180 000 professionnels de santé : pharmacies, laboratoires, radiologues, infirmiers, kinésithérapeutes, ambulanciers, fournisseurs d'appareillage, orthophonistes, orthoptistes, établissements hospitaliers privés et publics etc.

Coordonnées du site de gestion

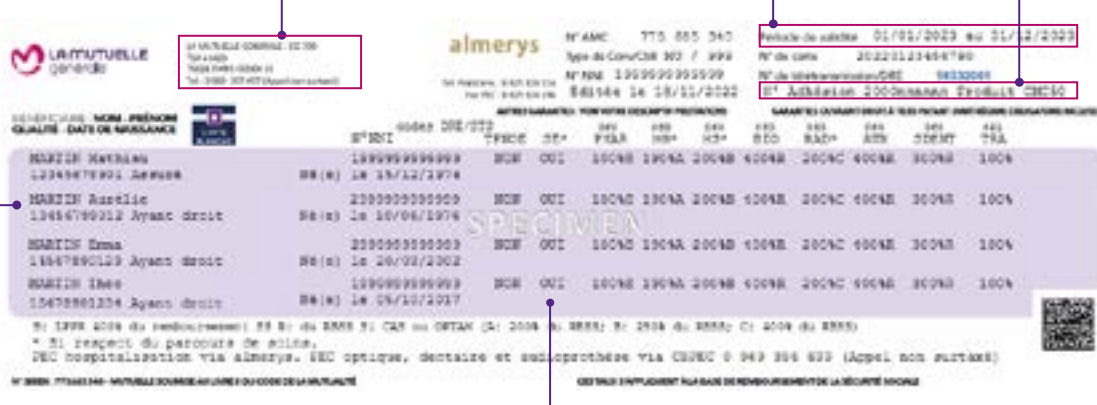
Période de validité de la carte

Numéro d'adhésion

Bénéficiaires du contrat

Taux de remboursement des prestations non soumises à prise en charge

Informations destinées aux professionnels de santé



2 cartes « papier » + 100% accessible depuis votre smartphone

4 avantages immédiats :

- 1 Vous réalisez des économies (notamment sur les postes optique et dentaire...),
- 2 Vous n'avancez pas de frais,
- 3 Vous recevez des soins de qualité,
- 4 Enfin tout en gardant le libre choix de votre professionnel de santé, vous savez qui et où consulter.

Dispositions générales

RISQUES EXCLUS

Santé

Sont exclus des prestations :

- les actes hors nomenclature de la Sécurité sociale ;
- les actes non remboursés par la Sécurité sociale autres que ceux expressément cités dans ce livret ;
- la participation forfaitaire du salarié pour les actes et consultations des médecins, les actes de biologie médicale, la radiologie, les franchises ;
- la part des dépenses du salarié non remboursables dans le cadre des contrats « responsables » (non-respect du parcours de soins) ;
- les interventions de chirurgie esthétique et de rajeunissement. Ne sont pas visées par cette exclusion les interventions de chirurgie plastique liées à une maladie ou un accident sous réserve qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale ;
- les interventions chirurgicales résultant de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur.

L'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale prévoit une obligation minimale de prise en charge au titre du contrat responsable. En conséquence, les exclusions mentionnées ci-dessus ne s'appliquent pas aux actes mentionnées à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Soins à l'étranger

Les frais de santé engagés à l'étranger ne sont en principe pas pris en charge par votre complémentaire frais de santé (sauf en cas de détachement ou d'expatriation).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un séjour occasionnel (mission professionnelle, congé...) et si la Sécurité sociale française est amenée à effectuer un remboursement, les frais complémentaires peuvent être pris en charge dans la limite de quatre fois le remboursement de la Sécurité sociale sur présentation des photocopies des factures (les imprimés nécessaires doivent être demandés à la Sécurité sociale avant le départ).

DÉCHÉANCE DE GARANTIE AU SINISTRE

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de nos organismes assureurs.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nos organismes assureurs en ont eu connaissances,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.



Lorsque l'action de l'entreprise, de l'assuré, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre nos organismes assureurs ont pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise, l'assuré, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui-ci contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil;
- la demande en justice, même en référé, prévue à l'article 2241 à 2243 de ce même code;
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception ou d'un recommandé électronique avec accusé de réception adressés par nos organismes assureurs à l'entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1^{er} alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

CONTRÔLE-EXPERTISE

À toute époque et sous peine de déchéance des droits à garantie de l'assuré, La Mutuelle Générale et Malakoff Humanis se réservent le droit de procéder au contrôle de son état de santé et des soins engagés par lui. Les contrôles médicaux ainsi réalisés par les organismes assureurs sont effectués par des médecins agréés par eux ou par des médecins choisis sur la liste de la fédération française des associations de médecins-conseils experts.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Les organismes assureurs ne versent pas les prestations au salarié :

- lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de son état de santé ;
- lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder au domicile du salarié, soit en raison de son absence en dehors des heures de sortie autorisées, soit en raison d'une adresse erronée ou incomplète ou d'un code d'accès inconnu ;
- lorsque le salarié ne s'est pas présenté le jour de sa convocation au contrôle médical du médecin-conseil choisi par les organismes assureurs, ou s'il a refusé de se soumettre à ce contrôle.

À ce titre, les organismes assureurs cessent de verser les prestations à compter de la date à laquelle ils en informent le salarié.

En cas de désaccord entre le médecin du salarié et le médecin des organismes assureurs, les parties intéressées choisissent un troisième médecin expert pour les départager.

À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le troisième médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. Les organismes assureurs et le salarié concerné supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, les organismes assureurs peuvent être amenés à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par les organismes assureurs entraînera pour le salarié la perte de tout droit aux prestations versées, à compter de la date à laquelle les organismes assureurs l'informeront du constat de son refus.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Pour toute réclamation, vous pouvez contacter par téléphone, courrier ou courriel votre centre de gestion dont les coordonnées figurent sur votre carte de tiers-payant, sur votre espace adhérent ou toute correspondance reçue de la part de La Mutuelle Générale.

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du centre de gestion dans un délai de 15 jours, vous pouvez envoyer un courrier ou un courriel au Service qualité de La Mutuelle Générale aux adresses suivantes :

- **La Mutuelle Générale**
1-11 rue Brillat Savarin - TSA 41225 - 75621 PARIS CEDEX 13

ou

- **servicequalité@lamutuellegenerale.fr**

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse dans un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la première réclamation, vous pouvez saisir le médiateur de la Mutualité Française directement sur son site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/> ou par voie postale à l'attention de Monsieur le médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS CEDEX 15.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les informations communiquées par l'assuré sont traitées par La Mutuelle Générale et Malakoff Humanis (ci-après les « organismes assureurs »), en tant que responsables de traitement conjoints dans le cadre de l'exécution des garanties santé et prévoyances souscrites auprès de ces organismes.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance santé ou prévoyance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès des organismes assureurs ou d'autres sociétés du groupe de ces derniers ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par les organismes assureurs ou leurs partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en oeuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par les organismes assureurs ou leurs partenaires ;
- la mise en oeuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Les organismes assureurs s'engagent à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en leur qualité d'organisme d'assurance, les organismes assureurs utilisent



le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en oeuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services habilités des organismes assureurs, dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et co-assureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées aux cellules ou services médicaux des organismes assureurs et à toute personne placée sous la responsabilité de ces services, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Les organismes assureurs s'engagent à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.⁶⁸

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en oeuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Aucune donnée personnelle n'est transférée hors de l'UE ou de l'EEE.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, les organismes assureurs s'assureront que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales des organismes assureurs et des prescriptions légales applicables.

Ainsi, en cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du membre participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple).

Les organismes assureurs et leurs partenaires s'engagent à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés en contactant le Délégué à la Protection des Données (DPO) déclaré des organismes assureurs, en fonction de la demande de l'assuré :

- Pour Malakoff Humanis : à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique

et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

- Pour La Mutuelle Générale : à mesdonnees@lamutuellegenerale.fr ou par courrier à l'adresse Secrétariat Général de la Mutuelle Générale, 1-11 rue Brillat Savarin, 75013 Paris.

En cas de réclamation relative exclusivement à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle Générale et Malakoff Humanis sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) régie par le Code monétaire et financier, dont le siège social est situé 4 place de Budapest - Paris cedex 09.

Votre régime prévoyance



Tous les salariés sont affiliés dès leur arrivée dans l'entreprise.

Une offre complète

En complétant les prestations de la Sécurité sociale, le régime de prévoyance compense la baisse de revenu en cas d'arrêt de travail et prévoit, en cas de décès, le versement de capitaux et/ou de rentes pour accompagner financièrement les proches.

Une offre prévoyance adaptée

Le régime d'Orange présente l'avantage d'être composé de 4 équivalences. Vous pouvez choisir la couverture qui correspond le mieux à votre situation :

- **Equivalence A** : associe capital décès, rentes pour enfant et de conjoint ;
- **Equivalence B** : privilégie le versement d'un capital ;
- **Equivalence C** : privilégie la rente de conjoint ;
- **Equivalence D** : privilégie la rente pour enfant.

Vous trouverez dans cette partie le détail de vos garanties prévoyance.

Retrouver également l'ensemble des informations sur le site de la prévoyance d'ORANGE :
<http://www.prevoyons.com/>

Vous y trouverez notamment, dans la rubrique « ma prévoyance/mes garanties », **un simulateur** pour vous aider à faire votre choix d'équivalence.



Les équivalences



LES CHOIX POSSIBLES

Dès votre entrée dans l'entreprise, vous bénéficiez des garanties de prévoyance, équivalence A, sans condition d'ancienneté.

Vous pouvez adapter les garanties à votre situation personnelle en deux étapes successives :

Choix de l'équivalence : vous choisissez l'une des quatre équivalences :

A	associe de façon équilibrée un capital Décès et les rentes pour enfant et de conjoint
B	privilégie la garantie Décès sous forme de capital renforcé
C	privilégie les rentes de conjoint (rente temporaire et rente versée à vie)
D	privilégie la rente pour enfant et un capital Décès renforcé

Personnalisation : si vous avez retenu l'une des équivalences B, C ou D, vous pouvez, si vous le souhaitez, augmenter (ou ajouter) une garantie et en contrepartie diminuer (ou supprimer) une autre garantie, suivant les possibilités offertes, à l'exclusion de toutes autres modifications.

Attention !

L'équivalence A ne permet pas de personnalisation.

Un seul échange de garantie est possible dans le cadre des équivalences B, C ou D.

QUAND CHOISIR ?

À la mise en place du régime ou lors de votre entrée dans l'entreprise, vous disposez **d'un délai de deux mois** pour choisir l'une des quatre équivalences.

Les salariés en arrêt de travail au moment de la mise en place du régime bénéficient des garanties de l'équivalence A ; ils pourront effectuer un autre choix au moment de la reprise de leur activité dans l'entreprise.

COMMENT CHOISIR OU MODIFIER VOTRE CHOIX ?

Des simulations de choix sont possibles sur le site Internet : www.prevoyons.com

Vous devez :

- Télécharger l'imprimé sur www.prevoyons.com, rubrique Mes documents / mes documents prévoyance / je suis salarié / les imprimés de choix d'équivalence.
- Adresser l'imprimé après l'avoir complété à :
Malakoff Humanis
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9.
- Une confirmation écrite des garanties choisies vous sera adressée personnellement.

QUAND MODIFIER VOTRE CHOIX ?

En cas de modification de votre situation de famille, vous pouvez modifier votre choix, **dans un délai de deux mois suivant l'événement** : mariage, concubinage ou conclusion d'un PACS, naissance ou adoption, enfant n'étant plus à charge, divorce ou séparation, décès de votre conjoint ou de votre enfant, modification importante de la situation financière de votre famille (chômage ou invalidité de votre conjoint ...).

En dehors de ces cas, vous pouvez modifier votre choix, au 1^{er} janvier des années impaires (1^{er} janvier 2025, 2027...), à condition d'être en activité et de ne pas avoir été reconnu invalide par la Sécurité sociale, et de faire le nécessaire auprès de Malakoff Humanis au cours du mois de décembre précédent.



Vos garanties

CHOIX DE L'ÉQUIVALENCE

Garanties	Équivalence A	Équivalence B Capital	Équivalence C Rente de conjoint	Équivalence D Rente pour enfant
Décès du salarié				
Capital Décès et capital invalidité 3° catégorie	260 % S	430 % S	190 % S	340 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S	110 % S	40 % S	70 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	260 % S	430 % S	190 % S	410 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S	-	-	-
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	-	430 % S x taux infirmité	170 % S x taux infirmité	410 % S x taux infirmité
Rente pour enfant à charge/enfant/an	10 % S/an	-	-	30 % S/an
Rente de conjoint/an : - Rente temporaire	0,45 % x (âge -25) x S avec minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	-	0.60 % x (âge -25) x S avec minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	-
- Rente versée à vie	0,85 % x (65 - âge) x S		1,25 % x (65 - âge) x S	
Arrêt de travail				
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2°/3° catégories (1/2 rente si invalidité 1° catégorie) Capital supplémentaire invalidité 2° ou 3° catégorie****	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**
	-	100 % S ****	-	-
Décès d'un proche				
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS Enfant à charge de 12 ans ou plus***	16 % S 8 % S	16 % S 8 % S	16 % S 8 % S	16 % S 8 % S
Frais d'obsèques***	-	80 % PMSS soit 3 091,20 €	80 % PMSS soit 3 091,20 €	80 % PMSS soit 3 091,20 €

S : somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales - IJ : Indemnités journalières - Âge : âge du salarié au moment du décès - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale 2024 : 3 864 € - PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de solidarité avec le salarié

* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise

** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir paragraphe sur le maintien de garanties)

*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation est limité aux frais réels et pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et de Malakoff Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@malakoffhumanis.com. Le versement est effectué à la personne qui a acquitté les frais.

**** à la condition que la reconnaissance de l'invalidité 2° ou 3° catégorie soit survenue après le choix de l'équivalence B.

L'ÉQUIVALENCE A

Cette équivalence est la seule qui associe de façon équilibrée tous les types de garanties :

- « Capital » ;
- « Rentes de conjoint » ;
- « Rente pour enfant » .

L'équivalence A s'applique :

- si elle est choisie par le salarié,
- aux salariés recrutés tant qu'ils n'ont pas fait connaître leur choix,
- à défaut de choix exprimé par le salarié.

Le choix de cette équivalence ne permet pas de personnalisation.

Garanties	Équivalence A
Décès du salarié	
Capital Décès et capital invalidité 3° catégorie	260 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	260 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	Néant
Rente pour enfant à charge/enfant/an	10 % S/an
Rente de conjoint/an : - Rente temporaire	0,45 % x (âge -25) x S avec minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)
- Rente versée à vie	0,85 % x (65 - âge) x S
Arrêt de travail	
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2°/3° catégories (1/2 rente si invalidité 1° catégorie) Capital supplémentaire invalidité 2° ou 3° catégorie	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net** Néant
Décès d'un proche	
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS Enfant à charge de 12 ans ou plus***	16 % S 8 % S
Frais d'obsèques***	Néant

S : somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales - IJ : Indemnités journalières - Âge : âge du salarié au moment du décès - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale 2024 : 3 864 € - PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de solidarité avec le salarié

* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise

** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir paragraphe sur le maintien de garanties)

*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation est limité aux frais réels et pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et de Malakoff Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@malakoffhumanis.com. Le versement est effectué à la personne qui a acquitté les frais.



L'ÉQUIVALENCE B : CAPITAL

Cette équivalence privilégie les garanties sous forme de capital.

En contrepartie, elle ne prévoit ni rentes de conjoint, ni rente pour enfant.

Outre des capitaux décès majorés, elle comprend une garantie spécifique : le versement d'un capital au salarié atteint d'une invalidité de 2° ou 3° catégorie.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, augmenter (ou ajouter) une garantie et, en contrepartie, diminuer (ou supprimer) une autre garantie.

Un seul échange est possible.

Garanties	Equivalence B Capital Base sans personnalisation	Personnalisation Un seul échange possible	
		Augmenter une garantie	En diminuant une autre garantie
Décès du salarié			
Capital Décès et capital invalidité 3° catégorie	430 % S	☐ + 100 % S	☐ - 100 % S
Majoration par enfant à charge	110 % S	-	-
Capital supplémentaire en cas d'accident	430 % S	+ 250 % S	- 250 % S
Majoration par enfant à charge	-	☐ -	☐ -
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	430 % S x taux infirmité	+ 250 % S x taux infirmité	- 250 % S x taux infirmité
Rente pour enfant à charge/enfant/an	-	☐ + 10 % S par an	-
Rente de conjoint/an :			
- Rente temporaire	-	☐ + 0,16 % x (âge - 25) x S avec minimum 8 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	-
- Rente versée à vie	-	+0,33 % x (65 - âge) x S	
Arrêt de travail			
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2°/3° catégories (1/2 rente si invalidité 1° catégorie)	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**	-	☐ - 10 % du salaire net
Capital supplémentaire invalidité 2° ou 3° catégorie ****	100 % S ****	☐ + 100 % S	☐ - 100 % S
Décès d'un proche			
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS	16 % S	☐ + 16 % S + 8 % S	☐ - 16 % S - 8 % S
Enfant à charge de 12 ans ou plus***	8 % S	+ 80 % PMSS soit 3 091,20 €	- 80 % PMSS soit 3 091,20 €
Frais d'obsèques***	80 % PMSS soit 3 091,20 €		

S : somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales - IJ : Indemnités journalières - Âge : âge du salarié au moment du décès - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale 2024 : 3 864 €- PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de solidarité avec le salarié
* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise
** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir paragraphe sur le maintien de garanties)
*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation est limité aux frais réels et pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et de Malakoff Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@malakoffhumanis.com. Le versement est effectué à la personne qui a acquitté les frais.
**** à la condition que la reconnaissance de l'invalidité 2° ou 3° catégorie soit survenue après le choix de l'équivalence B.

L'ÉQUIVALENCE C : RENTES DE CONJOINT

Cette équivalence privilégie les rentes de conjoint : rente temporaire et rente versée à vie.

En contrepartie, elle ne prévoit pas de rente pour enfant et les capitaux en cas de décès sont réduits.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, augmenter (ou ajouter) une garantie et, en contrepartie, diminuer (ou supprimer) une autre garantie.

Un seul échange est possible.

Garanties	Equivalence C Capital Base sans personnalisation	Personnalisation Un seul échange possible	
		Augmenter une garantie	En diminuant une autre garantie
Décès du salarié			
Capital Décès et capital invalidité 3° catégorie	190 % S	☐ + 100 % S	☐ - 100 % S
Majoration par enfant à charge	40 % S	-	-
Capital supplémentaire en cas d'accident	190 % S	+ 190 % S	- 190 % S
Majoration par enfant à charge	-	☐ -	☐ -
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	170 % S x taux infirmité	+ 170 % S x taux infirmité	- 170 % S x taux infirmité
Rente pour enfant à charge/enfant/an	-	☐ + 10 % S par an	-
Rente de conjoint/an :			
- Rente temporaire	0,60 % x (âge - 25) x S minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	☐ + 0,08 % x (âge - 25) x S avec minimum 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	☐ - 0,08 % x (âge - 25) x S avec minimum 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)
- Rente versée à vie	1,25 % x (65 - âge) x S	+ 0,15 % x (65 - âge) x S	- 0,15 % x (65 - âge) x S
Arrêt de travail			
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2°/3° catégories (1/2 rente si invalidité 1° catégorie)	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**	-	☐ - 10 % du salaire net
Capital supplémentaire invalidité 2° ou 3° catégorie	Néant	☐ + 100 % S	☐ - 100 % S
Décès d'un proche			
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS	16 % S	☐ + 16 % S + 8 % S	☐ - 16 % S - 8 % S
Enfant à charge de 12 ans ou plus***	8 % S	+ 80 % PMSS soit 3 091,20 €	- 80 % PMSS soit 3 091,20 €
Frais d'obsèques***	80 % PMSS soit 3 091,20 €		

S : somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales - IJ : Indemnités journalières - Âge : âge du salarié au moment du décès - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale 2024 : 3 864 € - PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de solidarité avec le salarié
* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise
** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir paragraphe sur le maintien de garanties)
*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation est limité aux frais réels et pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et de Malakoff Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@malakoffhumanis.com. Le versement est effectué à la personne qui a acquitté les frais.



L'ÉQUIVALENCE D : RENTE POUR ENFANT

Cette équivalence associe une garantie importante en rente pour enfant et une augmentation des capitaux en cas de décès.

En contrepartie, elle ne prévoit pas de rentes de conjoint.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, augmenter (ou ajouter) une garantie et, en contrepartie, diminuer(ou supprimer) une autre garantie.

Un seul échange est possible.

Garanties	Equivalence D Capital Base sans personnalisation	Personnalisation Un seul échange possible	
Décès du salarié		Augmenter une garantie	En diminuant une autre garantie
Capital Décès et capital invalidité 3 ^e catégorie	340 % S	☐ + 100 % S	☐ - 100 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S	-	-
Capital supplémentaire en cas d'accident	410 % S	+ 250 % S	- 250 % S
Majoration par enfant à charge	-	☐ -	☐ -
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	410 % S x taux infirmité	+ 250 % S x taux infirmité	- 250 % S x taux infirmité
Rente pour enfant à charge/enfant/an	30 % S/an	☐ + 10 % S par an	☐ - 10 % S par an
Rente de conjoint/an :		☐ + 0,16 % x (âge -25) x S avec minimum 8 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse) + 0,33 % x (65 - âge) x S	-
- Rente temporaire	-		
- Rente versée à vie	-		
Arrêt de travail			
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2 ^e /3 ^e catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^{re} catégorie)	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**	-	☐ - 10 % du salaire net
Capital supplémentaire invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	-	☐ + 100 % S	-
Décès d'un proche			
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS	16 % S	☐ + 16 % S + 8 % S	☐ - 16 % S - 8 % S
Enfant à charge de 12 ans ou plus***	8 % S	+ 80 % PMSS soit 3 091,20 €	- 80 % PMSS soit 3 091,20 €
Frais d'obsèques***	80 % PMSS soit 3 091,20 €		

S : somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales - IJ : Indemnités journalières - Âge : âge du salarié au moment du décès - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale 2024 : 3 864 € - PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de solidarité avec le salarié

* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise

** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir paragraphe sur le maintien de garanties)

*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation est limité aux frais réels et pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et de Malakoff Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@malakoffhumanis.com. Le versement est effectué à la personne qui a acquitté les frais.

Risque décès

CAPITAL DÉCÈS (ET CAPITAL PAR ANTICIPATION SI INVALIDITÉ 3E CATÉGORIE)

Décès du salarié

Somme d'argent versée en une fois, suite au décès du salarié, au bénéficiaire désigné. Ce capital est calculé en pourcentage du salaire brut annuel du salarié décédé. En cas de classement en invalidité 3^e catégorie par la Sécurité sociale avant la date de liquidation de sa pension de vieillesse de la Sécurité sociale, le capital peut être versé par anticipation au salarié, à sa demande expresse. **Dans ce cas, aucun capital ne sera versé par la suite en cas de décès du salarié.**

Le capital décès diffère selon l'équivalence choisie et de son éventuelle personnalisation.

Décès du conjoint* après le salarié

Le capital prévu ci-dessus est à nouveau versé en cas de décès du conjoint, âgé de moins de 60 ans, après le salarié s'il reste au moins un enfant à charge (voir paragraphe enfants à charge) issu du mariage avec le salarié.

Le capital sera versé par parts égales aux enfants issus du salarié et de son conjoint, sauf dispositions contraires relatives au partage exprimées par le salarié.

MAJORATION DU CAPITAL DÉCÈS PAR ENFANT À CHARGE

Somme d'argent supplémentaire, versée en une fois, à chaque enfant à charge (ou à son tuteur légal).

CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE EN CAS D'ACCIDENT

Capital "Décès accidentel"

Somme d'argent supplémentaire, versée en une fois, à la personne désignée, en cas de décès du salarié suite à un accident.

Par "accident", il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du salarié et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique ou survenus alors que le salarié se trouve sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool ne sont pas considérés comme des accidents.

En application de l'article 1353 du Code civil, il appartient aux bénéficiaires d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité absolue et définitive.

En cas de décès du salarié avant la date de liquidation de sa pension de vieillesse de la Sécurité sociale, des suites d'un accident et dans un délai de moins de 12 mois par rapport à la date de l'accident, un capital supplémentaire est versé si le choix retenu par le salarié prévoit cette garantie. Son montant dépend de l'équivalence retenue par le salarié. Ce capital supplémentaire n'est pas versé en cas de décès du conjoint après le salarié.

Capital "Infirmité suite à accident"

Somme d'argent versée en une fois au salarié qui est atteint d'une infirmité des suites d'un accident, dont le taux est supérieur à 30 % suivant le barème des organismes assureurs.

Son montant dépend de l'équivalence choisie et de la personnalisation retenue par le salarié.

DÉCÈS SIMULTANÉ DU SALARIÉ ET DU CONJOINT* PAR ACCIDENT

Si le décès du salarié et de son conjoint* survient dans le délai maximum de 24h suivant un accident indépendant de leur volonté, il est versé :

- le capital et les rentes pour enfant prévus en cas de décès par accident du salarié aux bénéficiaires désignés par le salarié ;
- un second capital égal au capital de base versé en cas de décès exclusivement "hors accident" et versé par parts égales aux enfants issus du salarié et de son conjoint, sauf dispositions contraires relatives au partage exprimées par le salarié.

* Personne avec laquelle le salarié était marié au jour de son décès



RENTE POUR ENFANT

Somme versée périodiquement dans le but de compenser la perte de revenus de la famille, suite au décès (ou invalidité 3^e catégorie) du salarié.

La rente pour enfant peut permettre de payer les frais liés à la scolarité et aux études. Elle est versée tant que l'enfant reste considéré comme à charge (se reporter à la définition des enfants à charge).

Le montant des rentes pour enfant est doublé :

- pour les enfants issus du salarié célibataire, veuf ou divorcé, à sa charge exclusive lors de son décès et ne percevant pas de pension alimentaire ;
- en cas de décès du conjoint, âgé de moins de 60 ans, après le salarié (ou simultanément), pour les enfants issus du mariage avec le salarié restant à charge et devenant de ce fait orphelins de père et de mère.

Versement

Les rentes pour enfant prennent effet le lendemain du décès du salarié : elles sont versées trimestriellement, à terme échu, aussi longtemps que les enfants restent à charge (paragraphe enfants à charge).

Les enfants issus d'une précédente union bénéficient d'une rente pour enfant non limitée à la pension alimentaire fiscalement déductible.

RENTES DE CONJOINT*

Sommes d'argent versées périodiquement à la personne avec qui le salarié était marié au jour de son décès dans le but de compenser la perte de revenus de la famille.

Un conjoint* perçoit en principe deux rentes :

- une rente versée à vie ;
- une rente temporaire versée jusqu'au moment où il peut percevoir une pension de réversion du régime de retraite complémentaire du salarié.

Rente versée à vie

Il s'agit d'une somme d'argent versée au conjoint survivant du salarié non séparé de corps judiciairement sous réserve que le décès du salarié soit survenu avant la liquidation de sa pension de vieillesse. Son montant dépend de la rémunération annuelle et de l'âge du salarié au jour du décès et de l'équivalence retenue par le salarié.

Rente temporaire

La rente temporaire est une somme d'argent versée au conjoint survivant du salarié non séparé de corps judiciairement tant qu'il ne peut bénéficier des pensions de réversion des régimes de retraite complémentaire du salarié.

Elle cesse lorsque ce conjoint survivant ouvre droit au versement des pensions de réversion des régimes de retraite complémentaire, en cas de remariage ou de Pacs. Son montant dépend de la rémunération annuelle et de l'âge du salarié au décès.

Versement

Les rentes de conjoint prennent effet le lendemain du décès du salarié ou le premier jour du trimestre civil au cours duquel la déclaration de décès a été effectuée. Elles sont versées trimestriellement à terme échu.

Précision sur le maintien de rente temporaire de conjoint

Le droit à la rente est supprimé à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire de la rente se marie, conclut un pacs.

Le maintien du versement de la rente est conditionné chaque année par la déclaration sur l'honneur du bénéficiaire que sa situation de famille n'a pas évolué, accompagnée d'un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois ou d'une copie de l'avis d'imposition.

* Personne avec laquelle le salarié était marié au jour de son décès

Faute de renvoi de cette déclaration dans les 30 jours suivant la date de la demande de Malakoff Humanis le versement de la rente sera suspendu jusqu'à réception de la déclaration par les services compétents.

A réception de la déclaration, au plus tard dans les 6 mois suivant la date de demande de Malakoff Humanis le paiement de la rente sera repris avec l'antériorité, dès lors que la situation familiale du bénéficiaire lui permet de prétendre encore au versement de la rente. Sous réserve que la transmission hors délai des pièces déclaratives constitue un préjudice à Malakoff Humanis, ce dernier retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ pour reprendre le paiement des prestations suspendues. Ainsi, faute de renvoi de cette déclaration dans les 6 mois suivant la date de la demande de Malakoff Humanis le droit au versement de la rente ne reprendra qu'à compter de la date de réception des documents.

ALLOCATION DÉCÈS - FRAIS D'OBSÈQUES

Allocation décès

Une somme d'argent, calculée en pourcentage de la rémunération annuelle du salarié, peut éventuellement être versée en cas de décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin** avant celui du salarié, ou en cas de décès d'un enfant à charge de 12 ans ou plus.

Cette allocation n'est pas versée en cas de décès simultané du conjoint et du salarié.

Frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin** ou d'un enfant à charge de 12 ans ou plus, les frais d'obsèques peuvent être pris en charge, dans la limite des frais réels, selon l'équivalence choisie et son éventuelle personnalisation. Les frais d'obsèques sont versés à la personne qui a acquitté les frais.

LOI ECKERT

En cas de décès, Malakoff Humanis a l'obligation de rechercher activement les bénéficiaires du contrat. L'objectif est de leur verser les capitaux qui leur sont dus. Malakoff Humanis doit pouvoir justifier qu'une recherche active a été mise en œuvre.

10 ans après avoir appris le décès d'un assuré, les sommes concernées par un contrat en déshérence sont reversées à la Caisse des dépôts et consignations.

20 ans plus tard, les sommes sont acquises à l'État et il n'est plus possible de les réclamer.

Une revalorisation des capitaux est également prévue. Les contrats d'assurance sur la vie avec ou sans valeurs de rachat et les contrats santé ou prévoyance intégrant une garantie capital décès, dont les bénéficiaires sont des personnes physiques, doivent préciser les conditions d'une revalorisation du capital après le décès de l'assuré. C'est le cas pour le régime du Groupe Orange.

La revalorisation du capital décès dont la valeur en euros a été arrêtée ne pourra être inférieure à un taux fixé par décret en Conseil d'État.

** Le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de l'union libre.



Incapacité – Invalidité

Incapacité temporaire totale

Le salarié est considéré en "Incapacité temporaire totale de travail" s'il se trouve dans l'incapacité physique constatée médicalement de continuer son travail ou de reprendre une activité professionnelle avant la date de liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

Indemnités journalières complémentaires

Dans cette situation, il est versé au salarié, par l'intermédiaire de son employeur, des indemnités journalières complémentaires qui complètent celles allouées par la Sécurité sociale à concurrence de 100 % ou 90 % de la rémunération nette, selon la personnalisation retenue.

Début du versement

Les indemnités journalières complémentaires sont versées à partir de l'instant où, en vertu de la convention collective ou de l'accord collectif applicable, l'entreprise n'est plus tenue de servir au salarié le montant intégral de sa rémunération. Les prestations sont versées au plus tôt à compter du 46^e jour d'arrêt de travail.

Pour information, la base de calcul de la prestation journalière est la base annuelle prévue par votre contrat (se référer au paragraphe Quelques définitions – Rémunération annuelle ci-dessous) divisée par 365.

Fin du versement

Les indemnités journalières complémentaires cessent d'être versées :

- lors de la reprise du travail ;
- à la date du retour à la validité du salarié, ou lorsque prend fin le versement de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale ;
- lors du paiement d'une rente d'invalidité par la Sécurité sociale et au plus tard au 1 095^e jour suivant l'arrêt de travail ;
- lors du versement de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une retraite complémentaire sauf si la Sécurité sociale attribue les indemnités journalières postérieurement à la liquidation de la pension vieillesse.

Cas du travail à temps partiel thérapeutique

Lorsqu'après une incapacité temporaire complète de travail, le participant reprend dans l'entreprise adhérente une activité partielle autorisée médicalement et donnant lieu à l'attribution par la Sécurité sociale d'indemnités journalières ainsi qu'à une rémunération réduite, il est versé au participant des indemnités calculées de manière à compléter les indemnités de la Sécurité sociale et la rémunération réduite versée par l'employeur à concurrence de la rémunération de base nette qu'aurait perçue l'intéressé s'il avait travaillé à temps complet.

Le versement des indemnités complémentaires est également garanti en cas d'activité à un temps partiel thérapeutique non consécutive à une période d'incapacité temporaire complète de travail dès lors qu'elle donne lieu à l'attribution d'indemnités journalières par la Sécurité sociale et au terme de la période de franchise applicable au risque incapacité temporaire totale de travail.

Invalidité permanente

Le salarié (dès lors qu'il ne peut pas faire valoir ses droits à la retraite à taux plein, sauf poursuite d'une activité partielle salariée), est considéré en invalidité permanente si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, il se trouve dans l'incapacité physique, totale ou partielle, reconnue par la Sécurité sociale, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession similaire lui procurant une rémunération équivalente, et au plus tard le 1095^e jour suivant son arrêt de travail. Malakoff Humanis complète la rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale au titre de l'une des catégories définies ci-après.

- **1^{re} catégorie** : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- **2^e catégorie** : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- **3^e catégorie** : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Il bénéficie par ailleurs d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale.

Rente d'invalidité suite à maladie ou accident

En cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie reconnue par la Sécurité sociale, le salarié perçoit une rente qui complète celle versée par la Sécurité sociale à concurrence de 100 % ou 90 % de la rémunération nette, selon la personnalisation retenue. En cas d'invalidité de 1^{re} catégorie reconnue par la Sécurité sociale, le salarié perçoit une rente de 50 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total des sommes perçues par le salarié puisse excéder 90 % ou 100 % du salaire net* selon la personnalisation retenue.

Rente d'invalidité suite à accident du travail ou maladie professionnelle

Si le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 66 %, le salarié perçoit une rente qui complète celle versée par la Sécurité sociale à concurrence de 100 % ou 90 % de sa rémunération nette, en fonction de la personnalisation retenue.

Si le taux d'incapacité permanente est compris entre 33 % et 66 %, le montant servi est égal à N/66 % de la rente calculée au titre de l'invalidité 1^{re} catégorie (N = taux d'incapacité permanente partielle reconnue par la Sécurité sociale).

Pour un taux d'incapacité permanente inférieure à 33 %, aucune prestation complémentaire n'est versée.

Début du versement

La rente est versée dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité du salarié et au plus tard trois ans après le début de l'arrêt de travail.

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale, soit nette de CGS et CRDS.



* Prestation d'invalidité allouée par la Sécurité sociale, salaire réduit versé le cas échéant par l'employeur ou rémunération éventuelle de substitution et rente complémentaire servie par le régime de prévoyance.



Fin du versement

La rente d'invalidité cesse d'être versée :

- à la date à laquelle le salarié cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente,
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire,
- à la fin du trimestre suivant le trimestre au cours duquel le salarié atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein du régime de base obligatoire (sauf en cas de poursuite d'une activité partielle salariée dès lors que la condition de versement des rentes d'invalidité du régime général continue d'être remplie),
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE INVALIDITÉ 2^E OU 3^E CATÉGORIE

Les salariés, reconnus par la Sécurité sociale en invalidité 2^e ou 3^e catégorie, peuvent bénéficier d'un capital Invalidité selon l'équivalence choisie.

Ce capital est calculé en pourcentage de la rémunération annuelle.

Autres conditions

REVALORISATION

Les indemnités journalières, les rentes d'invalidité, les rentes pour enfant et de conjoint sont revalorisées chaque année :

- Pour les sinistres survenus avant le 1^{er} janvier 2024 en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite Agirc-Arrco, dans la limite du taux de revalorisation décidé chaque année par le conseil d'administration de Malakoff Humanis.
- Pour les sinistres survenus à compter du 1^{er} janvier 2024 selon le taux de revalorisation décidé chaque année par le conseil d'administration de Malakoff Humanis.

En cas de démission ou de radiation de l'entreprise adhérente, les indemnités journalières et les rentes en cours cessent d'être revalorisées et sont maintenues à leur niveau atteint à cette date.

On entend par prestations au niveau atteint, le cumul de la prestation de base et des revalorisations intervenues jusqu'à la date de résiliation du contrat.

En cas de changement d'organisme assureur, il incombe à l'entreprise de s'assurer que le nouvel organisme assureur :

- prendra en charge la revalorisation des prestations en cours de service au titre de l'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel organisme assureur, la revalorisation des prestations en cours de service et de la base de calcul des garanties maintenues en cas de décès continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues au contrat.

SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

Suspension des garanties

Suspension du contrat de travail en cas de congé non rémunéré

Lorsque le contrat de travail du salarié est suspendu en cas de congé non rémunéré, à l'exception du congé maternité et du congé paternité, entraînant l'absence de versement des cotisations, les garanties sont suspendues.

Les garanties reprennent effet dès le 1^{er} jour de reprise d'activité à la suite du congé non rémunéré.

Suspension du contrat de travail en cas de congé rémunéré

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise (par exemple indemnisation au titre de l'activité partielle), en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que l'entreprise finance au moins pour partie, et plus généralement s'ils bénéficient d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur (par exemple en cas de suspension du contrat de travail pour non-respect de l'obligation vaccinale prévue pour certains salariés par l'article 12 la loi n°2021-1040 du 5 août 2021).

Pour les salariés placés en activité partielle ou activité partielle de longue durée (APLD) en application du Code du travail, la base de calcul des cotisations inclut le montant de l'indemnité versée au titre de ces dispositifs.

Pour les salariés indemnisés en cas de suspension de leur contrat de travail qui bénéficient d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail. Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'éventuelle exonération de cotisations prévue au contrat.

Pour les salariés non indemnisés en cas de suspension de leur contrat de travail, dont le maintien de garanties est prévu expressément par les textes législatifs ou réglementaires, l'assiette de cotisations est égale à la rémunération moyenne perçue au cours des 12 mois précédant la période de suspension du contrat de travail.

Dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire, il incombe à l'entreprise de verser aux organismes assureurs l'intégralité de la cotisation (part salariale et part patronale).

Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date de fin/cessation du contrat de travail du salarié à l'exception des salariés en arrêt de travail ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

Les garanties de prévoyance cessent leurs effets le jour fixé par la radiation du salarié, à minuit. Les cotisations sont dues jusqu'à cette date.

TRAITEMENT DE BASE EN CAS D'ACTIVITE PARTIELLE

Lorsque les salariés sont placés en activité partielle en application de l'article 5122-1 du Code du travail, le traitement de base inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif.





Comment obtenir le versement des prestations ?

DÉCÈS DU SALARIÉ

Le décès du salarié doit être déclaré à Malakoff Humanis par le service des Ressources Humaines ou le Service Social du Travail. Ce sont donc les premiers interlocuteurs sur ces sujets.

Malakoff Humanis se rapproche du bénéficiaire des prestations pour constitution du dossier à l'aide des justificatifs suivants :

- une copie du livret de famille ;
- un extrait de l'acte de décès ;
- un certificat médical post mortem ;
- un état des rémunérations brutes perçues au cours des douze derniers mois civils d'activité (fourni par le responsable des Ressources Humaines) ;
- un extrait d'acte de naissance du salarié décédé ;
- et toutes pièces permettant d'établir de manière officielle la situation de famille et les circonstances du décès.

DÉCÈS DU CONJOINT, DU CONCUBIN OU DU PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS ET DÉCÈS D'UN ENFANT À CHARGE

Le décès doit être déclaré dans un délai d'un mois à Malakoff Humanis. Le dossier est établi par le salarié.

Les documents suivants sont à adresser :

- une copie du livret de famille ;
- un extrait de l'acte de décès ;
- un état des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des 12 derniers mois d'activité précédant l'évènement (fourni par le responsable des Ressources Humaines) ;
- la facture acquittée des frais d'obsèques (si l'équivalence choisie en prévoit la prise en charge) ;
- et toutes pièces permettant d'établir de manière officielle la situation de famille et les circonstances du décès.

À noter :

L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques si l'enfant a moins de 12 ans. Cette prestation est limitée aux frais réels et pourra être prise en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et de Malakoff Humanis. Le versement est effectué à la personne qui a acquitté les frais.

La demande est à adresser à prevoyance.orange@malakoffhumanis.com

INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Le salarié doit adresser dans les 48h à son employeur, le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail.

À partir du jour où l'employeur, en vertu de la convention collective de travail ou des dispositions légales ou réglementaires en vigueur dans l'entreprise, n'est plus tenu de servir un salaire plein, une déclaration doit être faite à Malakoff Humanis par le Responsable des Ressources Humaines du salarié et accompagnée des documents suivants :

- une attestation mentionnant les périodes d'arrêt de travail sur l'année glissante et précisant la rémunération accordée au salarié ;
- une déclaration de reprise de travail, le cas échéant.

Malakoff Humanis pourra également être amené à demander directement au salarié ses bulletins de paie dans le cadre de procédures de contrôle.

INVALIDITÉ

Afin d'obtenir le paiement des rentes d'invalidité, le service des Ressources Humaines, le Service Social du Travail ou le salarié doivent adresser à Malakoff Humanis les documents suivants :

- la notification d'attribution de la rente d'invalidité 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale,
- la notification d'attribution d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

Le paiement du capital est effectué au salarié.

Les justificatifs à faire parvenir à Malakoff Humanis sont les suivants :

- le certificat médical détaillé comportant la description de l'état de santé et les conséquences probables de l'accident ;
- le procès-verbal de l'accident (rapport de police) ;
- l'état des rémunérations brutes perçues au cours des douze derniers mois d'activité (fourni par le responsable des Ressources Humaines) ;
- et toute autre pièce justificative nécessaire.

Important :

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité donnant lieu à indemnisation par le régime de prévoyance ou en cas de décès, la déclaration de rémunération annuelle servant au calcul des prestations sera établie par le Responsable des Ressources Humaines et adressée à Malakoff Humanis.



Dispositions générales

Conditions d'admission en prévoyance

Salarié en activité

Tout salarié en activité bénéficie obligatoirement de la couverture prévoyance.

Expatrié

En cas d'expatriation, vous bénéficiez du même niveau de garanties que celles en vigueur pour le personnel travaillant en France, à condition que vous soyez affilié à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

Avant votre départ, l'employeur vous remet pour information complémentaire "l'additif au livret d'information du salarié expatrié".

Maintien des garanties

En cas d'arrêt de travail

En cas de maladie ou d'accident entraînant l'interruption de travail du salarié :

- les garanties sont maintenues, y compris après la fin/cessation du contrat de travail, tant que le salarié perçoit des indemnités journalières ou une rente du régime de prévoyance au titre de l'invalidité, et ce, dans les mêmes conditions que l'exonération,
- une exonération totale des cotisations est accordée à partir du moment où l'employeur n'est plus tenu de verser une rémunération au salarié,
- cette exonération est maintenue au bout de trois ans si le salarié est reconnu par la Sécurité sociale en invalidité 2^e ou 3^e catégorie (ou taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 % au regard de la législation sur les accidents de travail),
- en tout état de cause, l'exonération cesse à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

Hors cas d'arrêt de travail : le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits

En application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale issu de la Loi de Sécurisation de l'Emploi du 14 juin 2013, le salarié continue à bénéficier de l'ensemble des garanties pour lesquelles il était couvert au moment de la fin/cessation du contrat de travail, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés de l'entreprise (sans paiement de cotisation), sous réserve qu'il bénéficie de l'indemnisation par le Pôle emploi et dès lors qu'il adresse à Malakoff Humanis le bulletin individuel d'adhésion "Portabilité des droits" et les justificatifs nécessaires.

Les prestations restent celles du régime du Groupe Orange.

En cas de maladie ou d'accident, Malakoff Humanis verse des indemnités journalières en complément de celles de la Sécurité sociale, à compter du 46^e jour d'arrêt de travail intervenant durant la période de maintien des garanties. Le versement des prestations complémentaires pendant les 45 premiers jours d'arrêt (à la charge de l'employeur pour les salariés en activité) n'entre pas dans le champ d'application du maintien des garanties.

Les indemnités versées au titre de l'incapacité de travail par Malakoff Humanis sont limitées au montant de l'allocation chômage.

Le maintien des garanties Prévoyance prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail pour une durée égale à celle du contrat de travail (ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils ont été consécutifs), et au maximum 12 mois.

Le maintien se poursuit, dans les limites indiquées ci-dessus, tant que l'ancien salarié bénéficie de

l'indemnisation par l'assurance chômage. Les justificatifs d'indemnisation par Pôle emploi seront à adresser à Malakoff Humanis en cas de demande d'indemnisation pour une incapacité de travail indemnisée par la Sécurité sociale ou en cas de décès intervenus pendant la période de maintien des droits.

Le maintien des garanties Prévoyance cesse :

- à la date de reprise d'une activité salariée ou d'arrêt d'indemnisation par l'assurance chômage,
- en cas de non production à Malakoff Humanis des justificatifs nécessaires au maintien des garanties,
- au terme de la durée de maintien à laquelle vous êtes éligible,
- en cas de résiliation du contrat d'assurance.

Quelques définitions

RÉMUNÉRATION ANNUELLE

Les garanties en cas de décès ou d'arrêt de travail sont calculées en pourcentage de la rémunération annuelle donnant lieu à cotisation et limitée à huit fois le plafond de la Sécurité sociale.

La rémunération annuelle prise en considération est déterminée sur la base des douze derniers mois civils d'activité précédant l'événement ouvrant droit à prestations.

En cas d'activité incomplète sur les douze derniers mois, la rémunération prise en considération sera reconstituée prorata temporis à partir de la rémunération correspondant aux mois civils de présence dans l'entreprise.

En cas de décès suite à un arrêt de travail, l'événement ouvrant droit à prestation est la date d'arrêt de travail. La rémunération annuelle prise en considération est revalorisée entre la date de l'arrêt de travail et la date du décès.

En cas d'incapacité de travail, la rémunération prise en considération peut être, si cette disposition est plus favorable au salarié, le salaire moyen ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçu par le salarié au cours des trois derniers mois civils d'activité, auquel s'ajoute le montant moyen des primes, versées au cours des 12 derniers mois d'activité du salarié.

En cas d'activité partielle et en application de l'article 5122-1 du code du travail, la rémunération prise en compte inclut le montant de l'indemnité brute versée au titre de ce dispositif.

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Capital en cas de décès du salarié

En l'absence de désignation de bénéficiaire, le capital garanti est versé au conjoint (personne avec laquelle le salarié était marié au jour de son décès) survivant non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, à défaut au partenaire lié par un PACS, à défaut aux héritiers du salarié.

Le salarié peut également désigner, à tout moment, le(s) bénéficiaire(s) de son choix (par exemple : le concubin) en renvoyant le formulaire « Clause bénéficiaire » disponible sur www.prevoyons.com ou une clause bénéficiaire particulière, par lettre recommandée adressée à :

Malakoff Humanis - Equipe Orange
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9.

La majoration éventuelle pour enfants à charge doit obligatoirement profiter à ses seuls enfants, quel que soit le bénéficiaire désigné. Elle leur est alors attribuée par parts égales.

Capital en cas de décès du conjoint de moins de 60 ans survenant simultanément ou après celui du salarié

Le capital de base est partagé entre les enfants issus du mariage avec le salarié décédé ; la majoration pour enfants à charge telle qu'elle existait lors du décès du salarié est versée exclusivement aux enfants restant à charge lors du décès du conjoint.



ENFANTS À CHARGE

Sont considérés à la charge du salarié les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis par lui à son propre foyer et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, à condition que le salarié ou son conjoint en ait la garde ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le versement d'une pension alimentaire et qu'ils remplissent l'une des quatre conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans et ne se livrer à aucune activité rémunératrice habituelle ;
- être âgés de plus de 21 ans et de moins de 26 ans et poursuivre leurs études en ne se livrant à aucune activité rémunératrice habituelle ;
- être frappés d'une infirmité telle qu'ils ne puissent se livrer à aucune autre activité rémunératrice : l'enfant est alors considéré à charge tant que cette infirmité perdure.

Dans les cas de limite d'âge ou de poursuites d'études, les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 18^e, 21^e ou 26^e anniversaire ou au cours duquel survient la fin des études. Les enfants issus d'une précédente union bénéficient d'une rente pour enfant non limitée à la pension alimentaire fiscalement déductible.

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Le salarié est reconnu en invalidité absolue et définitive lorsqu'il est atteint d'une invalidité le mettant dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

L'invalidité absolue et définitive du salarié peut donner lieu au versement du capital Décès par anticipation au salarié sur sa demande. Dans ce cas, aucun capital ne sera versé au décès du salarié.

Lorsque l'invalidité absolue et définitive résulte d'un accident et survient dans les douze mois qui suivent cet accident (de date à date), il peut être versé au salarié le capital et/ou les rentes pour enfant prévus en cas de décès par accident.

Risques exclus et limitation des garanties

DÉCÈS ET INVALIDITÉ 3^E CATÉGORIE

Exclusions - Limitation

• Suicide

Les salariés ne sont couverts qu'après un an d'affiliation sans interruption à un régime de prévoyance collectif.

• Risque de guerre

En cas de guerre mettant en cause l'État français, les garanties ne pourront avoir d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

• Capital supplémentaire en cas de décès accidentel

Sont exclus de la garantie, le suicide, la mort occasionnée par l'un des faits suivants : mouvements populaires, rixes (sauf le cas de légitime défense de soi-même ou d'autrui), participation en tant que concurrent à des matchs ou paris.

La garantie Décès par accident ne s'applique pas en cas de mort résultant des accidents occasionnés par une guerre civile ou étrangère, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'affilié n'y prend pas une part active, ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'entreprise adhérente.

Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne ne sont couverts que si le salarié se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être le salarié lui-même.

INCAPACITÉ - INVALIDITÉ

Exclusions - Limitation

Sont exclues des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité permanente les conséquences :

- de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;
- de blessures ou de lésions provenant, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, de mouvements populaires, de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de rixes, dans lesquels le salarié a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- de concours de vitesse, courses, matchs, paris (sauf compétitions sportives d'amateurs).

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'entreprise, du participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre les organismes assureurs ont pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise, le participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

La prescription est portée à dix ans pour les garanties nées du décès du participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui-ci contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil;
- la demande en justice, même en référé, prévue à l'article 2241 à 2243 de ce même code;
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception ou d'un recommandé électronique avec accusé de réception adressés par nos organismes assureurs à l'entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, le bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1^{er} alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Le changement de catégorie d'invalidité (ex : passage de catégorie 1 en catégorie 2 ou catégorie 2 en catégorie 3), correspond à un nouveau sinistre. Ainsi, si la première déclaration d'invalidité n'avait pu être prise en charge pour cause de prescription, le passage dans la catégorie supérieure pourra être pris en charge s'il est déclaré dans les 2 ans suivants sa notification.

DÉCHÉANCE DE GARANTIE AU SINISTRE

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :



- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part des organismes assureurs.

DECLARATION TARDIVE

Dans le cadre des modalités d'ouverture du droit à prestations et des délais de transmission des pièces justificatives concernant le risque Incapacité, l'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à Malakoff Humanis dans les 90 jours qui suivent la période de franchise, sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'événement ouvrant droit à prestation.

La transmission hors délai des pièces déclaratives constituant un préjudice certain, Malakoff Humanis retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception des dites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.

RECOURS SUBROGATOIRE

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nos organismes assureurs disposent d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Par ailleurs, les prestations que nos organismes assureurs versent en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'assuré, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément nos organismes assureurs dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants-droit doivent en informer nos organismes assureurs lors de la demande de prestation.

RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut être adressée à :
reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com

ou à l'adresse postale suivante :
Service Réclamations Particuliers Assurance – 78288 Guyancourt Cedex.
ou sur l'espace Assuré.

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance – CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris

ou par voie électronique :
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à nos organismes assureurs et sans préjudice du droit d'agir en justice.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les informations communiquées par l'assuré sont traitées par La Mutuelle Générale et Malakoff Humanis (ci-après les « organismes assureurs »), en tant que responsables de traitement conjoints dans le cadre de l'exécution des garanties santé et prévoyances souscrites auprès de ces organismes.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance santé ou prévoyance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès des organismes assureurs ou d'autres sociétés du groupe de ces derniers ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par les organismes assureurs ou leurs partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en oeuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par les organismes assureurs ou leurs partenaires ;
- la mise en oeuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Les organismes assureurs s'engagent à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en leur qualité d'organisme d'assurance, les organismes assureurs utilisent le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en oeuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services habilités des organismes assureurs, dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et co-assureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées aux cellules ou services médicaux des organismes assureurs et à toute personne placée sous la responsabilité de ces services, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.



Les organismes assureurs s'engagent à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.⁶⁸

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Aucune donnée personnelle n'est transférée hors de l'UE ou de l'EEE.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, les organismes assureurs s'assureront que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales des organismes assureurs et des prescriptions légales applicables.

Ainsi, en cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du membre participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple).

Les organismes assureurs et leurs partenaires s'engagent à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés en contactant le Délégué à la Protection des Données (DPO) déclaré des organismes assureurs, en fonction de la demande de l'assuré :

- Pour Malakoff Humanis : à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.
- Pour La Mutuelle Générale : à mesdonnees@lamutuellegenerale.fr ou par courrier à l'adresse Secrétariat Général de la Mutuelle Générale, 1-11 rue Brillat Savarin, 75013 Paris.

En cas de réclamation relative exclusivement à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle Générale et Malakoff Humanis sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) régie par le Code monétaire et financier, dont le siège social est situé 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Annexe

Barème « Infirmité permanente accidentelle »
Le taux du barème est appliqué au capital assuré au titre du décès consécutif à un accident.





Article 1 – Infirmité permanente totale

Cécité totale	100 %
Aliénation mentale incurable et totale	100 %
Perte des deux bras ou des deux mains	100 %
Surdité complète des deux oreilles, d’origine traumatique	100 %
Ablation de la mâchoire inférieure	100 %
Perte de la parole	100 %
Perte d’un bras et d’une jambe	100 %
Perte d’un bras et d’un pied	100 %
Perte d’une main et d’une jambe	100 %
Perte d’une main et d’un pied	100 %
Perte des deux jambes	100 %
Perte des deux pieds	100 %

Article 2 – Infirmité permanente partielle

Seules les infirmités permanentes supérieures à 30 % sont prises en compte.

2.1 – Tête

Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur :	
• Surface d’au moins 6 centimètres carrés	40 %
• Surface de 3 à 6 centimètres carrés	20 %
• Surface inférieure à 3 centimètres carrés	10 %
Ablation partielle de la mâchoire inférieure montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	40 %
Perte d’un œil	40 %
Surdité complète d’une oreille	30 %

2.2 – Membres supérieurs

	Droit	Gauche
Perte d’un bras ou d’une main	60 %	50 %
Perte de substance osseuse étendue au bras (lésion définitive et incurable)	50 %	40 %
Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65 %	55 %
Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %
Ankylose de l’épaule	40 %	30 %
Ankylose du coude (en position favorable 15° autour de l’angle droit)	25 %	20 %
Ankylose du coude (en position défavorable)	40 %	35 %
Perte de substance osseuse étendue des deux os de l’avant-bras (lésion définitive et incurable)	40 %	30 %
Paralysie complète du nerf médian	45 %	35 %
Paralysie complète du nerf radial (à la gouttière de torsion)	40 %	35 %
Paralysie complète du nerf radial (à l’avant-bras)	30 %	25 %
Paralysie complète du nerf radial (à la main)	20 %	15 %
Paralysie complète du nerf cubital	30 %	25 %
Ankylose du poignet en position favorable (dans la rectitude et en pronation)	20 %	15 %
Ankylose du poignet en position défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	30 %	25 %
Perte totale du pouce	20 %	15 %
Perte partielle du pouce (phalange unguéale)	10 %	5 %
Ankylose totale du pouce	20 %	15 %
Amputation totale de l’index	15 %	10 %
Amputation de deux phalanges de l’index	10 %	8 %
Amputation de la phalange unguéale de l’index	5 %	3 %
Amputation simultanée du pouce et de l’index	35 %	25 %

Amputation du pouce et d’un doigt autre que l’index	25 %	20 %
Amputation de deux doigts autres que le pouce et l’index	12 %	8 %
Amputation de trois doigts autres que le pouce et l’index	20 %	15 %
Amputation de quatre doigts y compris le pouce	45 %	40 %
Amputation de quatre doigts, le pouce étant conservé	40 %	35 %
Amputation du médius	10 %	8 %
Amputation d’un doigt autre que le pouce, l’index et le médius	7 %	3 %

2.3 – Membres inférieurs

Amputation de la cuisse (moitié supérieure)	60 %
Amputation de la cuisse (moitié inférieure et de jambe)	50 %
Perte totale du pied (désarticulation tibio-tarsienne)	45 %
Perte partielle du pied (désarticulation sous-astragalienn	40 %
Perte partielle du pied (désarticulation médio-tarsienne)	35 %
Perte partielle du pied (désarticulation tarso-métatarsienne)	30 %
Paralysie totale du membre inférieur (lésion incurable des nerfs)	60 %
Paralysie complète du nerf sciatique poplité externe	30 %
Paralysie complète du nerf sciatique poplité interne	20 %
Paralysie complète des deux nerfs (sciatique poplité externe et interne)	40 %
Ankylose de la hanche	40 %
Ankylose du genou	20 %
Perte de substance osseuse étendue à la cuisse ou des deux os de la jambe, état incurable	60 %
Perte de substance osseuse étendue de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d’extension de la jambe sur la cuisse	40 %
Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements	20 %
Raccourcissement d’au moins 5 cm du membre inférieur	30 %
Raccourcissement du membre inférieur de 3 à 5 cm	20 %
Raccourcissement du membre inférieur de 1 à 3 cm	10 %
Amputation totale de tous les orteils	25 %
Amputation de quatre orteils dont le gros orteil	20 %
Amputation de quatre orteils	10 %
Ankylose du gros orteil	10 %
Amputation de deux orteils	5 %
Amputation d’un orteil (autre que le gros)	3 %

L’ankylose des doigts (autres que le pouce et l’index) et des orteils (autres que le gros orteil) ne donnera droit qu’à 50 % du capital pour la perte desdits organes.

Article 3 – Modalités d’application du barème

Si le salarié est gaucher, les taux prévus au barème ci-avant pour les différentes infirmités du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche seront intervertis.

Les infirmités ne figurant pas au barème sont appréciées par comparaison avec les cas énumérés.

En cas d’infirmités multiples provenant soit d’un accident, soit d’accidents successifs, chaque infirmité partielle est appréciée isolément sans que, toutefois, l’addition des taux d’infirmité partielle concernant le même membre ou organe puisse excéder le taux résultant de sa perte totale. En tout état de cause, la somme globale des infirmités partielles est limitée à 100 %, le capital global ou le dernier capital partiel, en cas d’accidents successifs, étant calculé en conséquence.



Pour tout savoir sur vos régimes frais de santé et prévoyance connectez-vous sur le site : **www.prevoyons.com.**

Connectez-vous à vos **Espaces personnels** pour retrouver vos informations, modifier vos données, suivre vos remboursements, accomplir les démarches en ligne ou simplement contacter vos assureurs.

Vous pouvez également nous contacter :

La Mutuelle Générale

CG 709
TSA 41423
75621 Paris cedex 13



Tél. :  **0 969 397 497**
APPEL NON SURTAXÉ
du lundi au vendredi de 9 h à 18 h



Espace Adhérent :
<https://adherent.lamutuellegenerale.fr/>



Internet :
www.lamutuellegenerale.fr, rubrique
Mon Espace Adhérent.

Malakoff Humanis

Équipe Orange

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9



Tél. : 0 969 39 72 72 *Appel non surtaxé*
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h



E-mail :
prevoyance@malakoffhumanis.com



Internet :
www.malakoffhumanis.com

